REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE
(Paris)

Etienne May et **R. Couder.** ***Métabolisme basal et affections circulatoires*** (*Gazette Médicale de France*, n° 12, 15 Juin 1933). — Le métabolisme basal n'est pas une épreuve spécifiquement thyroïdienne. Non seulement les autres glandes à sécrétions internes sont capables d'agir sur les échanges respiratoires, mais aussi le métabolisme basal peut être troublé dans des affections où aucun facteur endocrinien ne paraît en cause.

Parmi les affections capables de modifier le métabolisme basal, figurent au premier rang divers syndromes circulatoires: l'asystolie, l'hypertension artérielle et les troubles circulatoires des extrémités comme le syndrome de Raynaud et l'acrocyanose.

Chez les sujets en état d'insuffisance cardiaque, le métabolisme de base peut être augmenté de façon parfois considérable. 23 déterminations chez des asystoliques ont montré un métabolisme augmenté dans 52 pour 100 des cas; dans un cas, l'élévation était de 75 pour 100.

Chez les hypertendus, on rencontre d'une façon inconstante, mais assez fréquente, une augmentation du métabolisme basal. Elle est souvent modérée, mais elle peut être considérable (augmentation faible, 15 pour 100 des cas, augmentation nette, 14 pour 100, forte, 14 pour 100). L'élévation du taux du métabolisme basal est surtout fréquente chez les hypertendus purs, et il n'y a aucun parallélisme entre elle et la tension artérielle.

Dans 8 cas de maladie de Raynaud, on a trouvé 5 fois une augmentation du métabolisme basal. Par contre, dans l'acrocyanose essentielle, il y a en général abaissement. On peut penser que ces faits ne sont pas une simple coïncidence et supposer, entre la régulation vaso-motrice et celle du métabolisme tissulaire, des relations encore assez mystérieuses, mais intéressantes à approfondir. On peut écarter les facteurs mécaniques, tachycardie, dyspnée, vitesse de circulation, qui ne semblent pas avoir d'influence sur le métabolisme basal et admettre l'existence d'un trouble de la nutrition. Y a-t-il entre l'affection circulatoire et le métabolisme basal un intermédiaire endocrinien ou existe-t-il des centres cérébraux chargés de la régulation du métabolisme basal qui pourraient être excités en même temps que les centres vaso-moteurs ?

Robert Clément.

A. Laporte. ***Emploi de l'hormone parathyroïdienne dans certaines aménorrhées et dysménorrhées rebelles*** (*Gazette médicale de France*, n° 12, 15 Juin 1933). — Chez une femme de 33 ans ayant depuis 13 ans des menstruations régulières extrêmement douloureuses et réduites à quelques gouttes de sérosité rosée et présentant en outre des crises de rectocolite spasmodique, l'injection quotidienne de 20 unités d'hormone parathyroïdienne provoqua, dès le 3e jour, des règles abondantes en avance sur la date prévue, qui depuis sont normales comme durée et comme qualité. Les crises spasmodiques intestinales n'ont été, par contre, nullement influencées. Chez 6 autres malades, une série d'injections d'extrait parathyroïdien à la dose de 20 unités par jour fit disparaître des troubles aménorrhéiques ou dysménorrhéiques sans lésion génitale apparente. Les troubles digestifs ou nerveux presque toujours concomitants chez ces sujets n'ont été améliorés que d'une façon partielle et transitoire. Dans 2 autres cas, la médication fut inefficace.

L'extrait parathyroïdien agit-il directement sur l'ovaire ? ou sur le système nerveux de ces femmes qui toutes étaient ce qu'on est convenu d'appeler des nerveuses ?

N'est-ce pas plutôt indirectement par son action bien connue sur le métabolisme du calcium qu'il intervient dans le mécanisme de la menstruation où il est possible que le calcium joue un rôle ?

Si ces faits se confirment, l'hormone parathyroïdienne constituerait une méthode intéressante de traitement dans certains cas d'aménorrhée et de dysménorrhée.

Robert Clément.

Etienne May et **A. Meyer-Heine.** ***L'action dynamique-spécifique des protéines*** (*Gazette médicale de France*, n° 12, 15 Juin 1933). — On désigne sous le nom d'action ou pouvoir dynamique spécifique des aliments l'augmentation du métabolisme qui suit un repas. L'action dynamique spécifique des sucres et des graisses est trop faible pour qu'on puisse l'utiliser, mais celle des protéines est assez accentuée pour qu'on puisse en étudier les variations et tenter de les appliquer aux besoins de la clinique.

Les recherches de M. et M. leur ont montré d'assez grandes différences individuelles. Dans la pratique, on peut se borner à 2 mesures du métabolisme basal après un repas d'épreuve, l'une au bout de 1 heure 30 minutes, l'autre au bout de 2 heures 30 minutes. Chez le sujet normal, dans l'une au moins de ces mensurations, l'augmentation des calories dégagées dépasse 10 pour 100 et oscille autour de 20 pour 100. Si au bout de 2 heures 30 minutes, l'augmentation n'a pas atteint 10 pour 100, on peut conclure à une modification pathologique de l'action dynamique spécifique des protéines.

Toute insuffisance digestive se traduisant par un retard moteur ou sécrétoire des fonctions gastro-pancréatiques ou duodénales peut entraîner des valeurs inférieures à la normale.

Un certain nombre de constatations cliniques semblent démontrer le rôle joué par l'hypophyse dans la régulation de l'action dynamique spécifique, mais ces travaux n'ont pas été unanimement confirmés.

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

H. Stévenin et **G. Bons.** ***L'asystolie basedowienne et son traitement chirurgical*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 25, 24 Juin 1933). — Contrairement à l'opinion classique, S. et B. pensent que les complications cardiaques de l'intoxication basedowienne, qui ont abouti à la défaillance du cœur et à l'asystolie, sont une indication formelle de traitement chirurgical. Elles présentent un tel caractère de gravité, menacent l'existence à si brève échéance que l'on peut craindre que les médications à action lente comme les rayons X et l'iodothérapie n'aient pas le temps d'agir. Les progrès des techniques opératoires et la préparation méthodique du malade permettent d'enlever un goitre dans une forme compliquée sans beaucoup plus de danger que dans une forme normale et ce n'est pas faire courir un risque considérable que de les opérer lorsque leur cœur présente des signes de défaillance cardiaque.

4 observations appuient cette opinion que seule la chirurgie peut guérir les malades atteints d'asystolie basedowienne même et surtout d'asystolie grave; il s'agit d'un véritable traitement d'urgence. Il n'y a pas de distinction à faire entre les troubles cardiaques compliquant une maladie de Basedow vraie et ceux compliquant l'adénome toxique.

La précocité de l'intervention est un facteur important de guérison. La préparation du malade doit être minutieuse: on doit faire précéder l'intervention d'un traitement médical. Si les résultats ne sont pas toujours parfaits, ils sont dans tous les cas satisfaisants.

Robert Clément.

R. Vincent et **H. Pretet.** ***L'hémoculture gingivale dans les états infectieux accompagnés de gingivite ou de pyorrhée alvéolaire. Sa technique*** (*Paris Médical*, t. XXIII, n° 25, 24 Juin 1933). — La gencive reflète 2 sortes de désordres : des altérations endocrino-sympathiques; des troubles infectieux à point de départ éloigné (tube digestif, appareil génital).

Les signes d'inflammation des gencives, non expliqués par une irritation locale, traduisent l'élimination par cette voie de germes qui jouent un rôle dans la constitution ou l'entretien de manifestations infectieuses. L'hémoculture gingivale apporte un moyen précieux d'isoler ces agents microbiens.

La ponction doit être au niveau d'une languette interdentaire enflammée, après badigeonnage à l'alcool à deux reprises. Elle est faite à la pipette Pasteur en verre dur, profondément et normalement à la surface de la gencive en dirigeant la pointe de la pipette vers le septum interdentaire. Le sang recueilli est étalé à la surface d'une gélose ordinaire en tube incliné qui est mise à l'étuve à 37°. Le plus souvent, si le résulat est positif, il s'agit de germes appartenant au groupe des streptocoques, entérocoques, parfois des staphylocoques, très exceptionnellement des colibacilles.

Dans un cas, un streptocoque hémolytique constaté au cours des interventions chirurgicales sur une vésicule biliaire infectée a été isolé par hémoculture gingivale plusieurs mois après, alors que le malade présentait des hémorragies duodénales graves. Chez un autre malade, un streptocoque isolé par hémoculture gingivale a été utilisé pour la préparation d'un vaccin qui, après avoir provoqué un eczéma généralisé, a ensuite amélioré la pyorrhée gingivale et les manifestations intestinales et nerveuses.

L'hémoculture gingivale est le préambule nécessaire de toute cure des pyorrhées septiques et aussi un moyen d'investigation utile dans nombre d'états infectieux digestifs ou autres dont on ne peut faire la preuve biologique par une autre méthode.

Robert Clément.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

Toulouse et **Courtois.** ***Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës*** (*Annales médico-psychologiques*, XIVe série, 91e année, t. I, n° 5, Mai 1933). — Le but de ce travail est de montrer dans la genèse des syndromes mentaux chroniques le rôle et la fréquence des encéphalopathies de l'enfance ou des complications cérébrales de toxi-infections variées survenues plus tardivement.

Les syndromes mentaux envisagés par T. et C. sont les états d'excitation et de dépression dits périodiques, les cas de délires hallucinatoires et les syndromes de démence précoce. T. et C. ont pu réunir 100 de ces cas ayant présenté antérieurement: dans 19 cas des encéphalopathies du jeune âge jusqu'à 4 ans; dans les 81 autres cas, des maladies primitives du système nerveux, telles que des états méningés, des méningites aiguës, la chorée, des otites avec mastoïdite, la diphtérie, la fièvre typhoïde, la grippe, l'infection puerpérale.

Des symptômes neurologiques et des modifications résiduelles du liquide céphalo-rachidien viennent dans un certain nombre de ces cas confirmer l'origine organique des troubles mentaux.

Une phase intercalaire plus ou moins longue peut s'étendre entre l'épisode cérébral aigu et la date de l'hospitalisation pour les troubles mentaux. Elle peut varier entre 12 mois à 20 ans.

Outre le rôle de l'épisode inflammatoire aigu dans la genèse des troubles mentaux ultérieurs, il faut également tenir compte du terrain sur lequel ils ont évolué. C'est ainsi que dans les antécédents héréditaires de ces malades on retrouve souvent: le suicide, l'internement, l'alcoolisme, l'infection syphilitique. T. et C. retrouvent ces antécédents dans 37 pour 100 des cas, chiffre qu'ils considèrent comme très inférieur à la réalité.

H. Schaeffer.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

P. Buffe. ***Scissures interlobaires et scissurites*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. VIII, n° 3, 1933). — Les images de scissurites sont fréquentes au cours des affections pulmonaires et le plus souvent, sinon constamment, une ligne scissurale, si fine soit-elle, n'est qu'une lésion cicatricielle.

Pour rechercher méthodiquement une atteinte légère des scissures, il faut bien connaître les données anatomiques de leur trajet et B. les rappelle dans son travail, il faut surtout employer des techniques appropriées. On ne saurait trop insister sur l'importance primordiale des examens de profil et des radiographies prises sous cette incidence, pour déceler les scissurites. La lecture d'un simple cliché de face peut exposer à des erreurs. Les lésions qu'une radiographie antéro-postérieure met en évidence ne doivent être interprétées qu'en tenant compte des renseignements fournis par l'examen à l'écran sur la dynamique pulmonaire et s'il y a le moindre doute, il ne faut pas hésiter à faire un cliché de profil. 12 radiographies illustrent cette démonstration.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DES REINS ET DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (Paris)

M. Douillet (Lyon). ***Les récidives de la lithiase rénale après les interventions conservatrices*** (*Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, t. VII, n° 3, 1933). — Ce travail clair et précis, du plus grand intérêt pratique, est capable de rendre beaucoup de services aux chirurgiens.

Si les résultats immédiats de la chirurgie de la lithiase s'améliorent tous les jours, il n'en est pas de même des *résultats éloignés*. La fréquence moyenne des récidives est de 27 pour 100; elles sont plus fréquentes après la néphrotomie qu'après la pyélotomie et dans les cas infectés que dans les cas aseptiques. Elles se produisent dans un délai maximum de 2 à 3 ans après l'opération.

Il faut distinguer les *fausses récidives*, où il s'agit de calculs oubliés ou méconnus, des récidives vraies qui sont sous l'influence de la diathèse, de l'infection et de la rétention. Les bassinets, qui ont une évacuation normale, ont moins de chances de refaire des calculs.

La néphrectomie évite évidemment les récidives, mais elle demande un sacrifice particulièrement hasardeux dans une maladie qui peut devenir bilatérale.

On réduira au minimum les récidives en recourant aux mesures suivantes:

Le *diagnostic radiologique* sera aussi précis que possible (pneumopyélographie). Les lithiases aseptiques seront opérées le plus tôt possible pour ne pas les laisser s'infecter. Dans la *lithiase infectée*, en dehors des cas d'urgence, il y a intérêt à « refroidir » l'infection (vaccination, lavages et drainage du bassinet, cure hydrominérale, etc.).

A l'opération, il faut s'efforcer d'enlever tous les calculs; l'exploration radioscopique ou radiographique du rein extrait de sa loge rend de grands services. On l'utilisera pour les calculs multiples ou coralliformes.

Les calculs seront extraits avec douceur, les cavités rénales bien nettoyées de tous les débris lithiasiques. Le drainage parfois prolongé du bassinet sera une bonne arme contre l'infection installée.

Un traitement post-opératoire actif s'adressera à la diathèse et à l'infection.

En cas de récidive, on réservera la néphrectomie aux gros calculs poussant vite, et seulement si le rein opposé est tout à fait sain. On recourra à la pyélotomie si le calcul a poussé moins vite. Il faut en général s'abstenir de la néphrotomie sur les reins infectés. Elle leur nuit plus que le calcul. En cas de lithiase bilatérale, on fera tout pour s'abstenir d'opérer. Si l'on y est contraint, on trouvera dans le drainage du bassinet par néphrostomie prolongée ou définitive une bonne arme contre l'infection et partant contre de nouvelles récidives.

G. Wolfromm.

MARSEILLE MÉDICAL

G. Le Goarant. ***La biologie des tatouages*** (*Marseille Médical*, t. LXX, n° 13, 5 Mai 1933). — Le tatouage consiste à porter dans le derme des particules colorantes. L'introduction au moyen d'une aiguille ne s'accompagne en général que d'un léger suintement sanguin et d'une légère douleur; les jours suivants, la région est le siège d'un gonflement diffus. L'inflammation en reste habituellement là, mais dans quelques cas, elle peut se propager aux ganglions lymphatiques tributaires et même donner lieu à une exsudation purulente entraînant des complications plus ou moins graves.

L'examen histologique d'un tatouage ancien permet de voir que le dépôt de matière colorante est dans le chorion dermique. C'est par un phénomène de physique optique dû à la présence des couches épidermiques interposées entre le corps noir et l'œil que le tatouage apparaît bleu. Un tatouage avec de la substance noire, paraissant bleu à la lumière solaire, est noir sous la lumière rouge et jaune, et bleu sous lumière verte, bleue ou violette.

Si la substance colorante est en suspension, le tatouage est indélébile après organisation de la substance colorante. Dans le derme, cette organisation consiste en déplacement de la partie colorante du point où l'a portée l'aiguille vers les vaisseaux dermiques et vers les ganglions lymphatiques. Dans l'épiderme, le tatouage disparaît rapidement par élimination de la profondeur à la superficie. Si la substance est en solution (bleu de méthylène), il y a résorption dans le derme et l'épiderme, évacuation de la substance par voie sanguine et donc tatouage temporaire.

La persistance, l'atténuation ou la disparition des images dépend de multiples facteurs, qualité, état physique de la substance colorante, procédé employé, profondeur de la pénétration, état local de la région tatouée.

Outre l'infection des tissus, la formation d'une escarre, d'un phlegmon gangreneux ou d'un érysipèle, le tatouage peut être un moyen de transmission de la syphilis. D'autre part, le tatouage semble modifier les fonctions de la peau et il n'y a rien de surprenant à ce que l'irritation aidant, les manifestations cutanées de la syphilis soient exaltées à ce niveau.

Robert Clément.

PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

R. Cibils Aguirre. ***L'étiologie tuberculeuse des érythèmes noueux*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 25, 21 Mai 1933). — Peu de problèmes étiologiques ont donné lieu à une littérature si abondante, à de si vives discussions, que ceux posés par l'érythème noueux. A. rapporte 12 observations personnelles, très instructives de ce point de vue.

Les 12 malades sont atteints d'érythèmes noueux épidémiques, familiaux. Tous se révèlent bacillaires à l'examen systématique, la radioscopie, l'épreuve de la tuberculine. Ils se groupent en 2 familles de 3 frères et sœurs chacune, en contact respectivement avec une mère et un père tuberculeux; et en 3 autres familles composées de 2 frères ou sœurs.

A. rappelle les cas publiés les plus démonstratifs d'érythème noueux épidémique ou familial, par exemple l'observation d'érythème noueux scolaire de Landau. On sait que Wallgren interprétait l'érythème noueux comme l'« exanthème » de la bacillose, exanthème apparaissant avec l'état d'allergie.

Les faits cliniques d'érythème noueux familial apportés par C. plaident en faveur de cette hypothèse.

G. d'Heucqueville.

J. Orgaz. ***L'albuminurie sanocrysinique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 25, 21 Mai 1933). — L'albuminurie est fréquente chez les tuberculeux. Elle relève de causes multiples. Elle mérite une attention particulière quand elle survient au cours du traitement chrysothérapique.

Son étiologie et sa pathogénie sont alors difficiles à déterminer. Est-elle en rapport avec une intoxication directe par le métal, avec une intoxication par les produits de la bactériolyse? Exige-t-elle la combinaison de ces deux phénomènes? Des albuminuries latentes (familiales, orthostatiques) sont exagérées et révélées par les modifications du métabolisme consécutives à la cure sanocrysinique.

O. publie l'observation d'un bacillaire qui, au cours d'une série progressive de sanocrysine (dose maximum atteinte: 0 gr. 40), présenta une albuminurie importante, accompagnée d'hypercholestérinémie, accélération de l'érythro-sédimentation. Symptômes traduisant les perturbations métaboliques qui ont conditionné l'albuminurie.

Le régime hyper-albuminé, la médication calcique et vitaminée, les ont fait rapidement disparaître.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL BELGE D'UROLOGIE (Bruxelles)

Paul Mingers (Bruxelles). ***La physiopathologie des mouvements de l'uretère*** (*Journal belge d'Urologie*, t. VI, n° 3. Juin 1933). — Cet important travail étudie avec clarté successivement l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la *pharmacologie* et la pathologie de l'uretère. Il aboutit aux conclusions suivantes:

L'uretère est animé de deux sortes de *contractions:* des petites, de rôle mal déterminé, analogues aux mouvements pendulaires de l'intestin, des grandes parcourant l'organe de bout en bout, réalisant un péristaltisme ou un antipéristaltisme. Le *rythme* de ces grandes contractions est régulier; elles parcourent l'uretère à la *vitesse* de 20 à 50 millim. par seconde. Les *deux uretères*

se contractent indépendamment l'un de l'autre. Le *liquide* contenu dans l'uretère est déplacé par les contractions. Mais le liquide peut progresser dans l'uretère sans qu'il y ait contraction; par contre l'uretère peut se contracter sans qu'il y ait de liquide dans l'uretère. Les ondes péristaltiques peuvent être incomplètes. Les contractions sont plus fortes dans le tiers inférieur. L'uretère se comporte comme le muscle lisse à l'égard des *excitants* mécaniques, électriques et chimiques. Les *fibres nerveuses* sympathiques sont motrices; celles du nerf splanchnique sont inhibitrices. *La ligature et la section* interrompent les contractions. L'extériorisation, l'asphyxie, l'ischémie, la stase, la chute de température, l'augmentation du pH diminuent l'activité de l'uretère ou l'abolissent. L'élévation de la pression intra-urétérale, de la pression sanguine, la diminution du pH augmentent la contractilité de l'uretère. En cas de *coliques néphrétiques*, le médicament de choix est la papavérine associée à l'atropine, ou le pantopon en injections sous-cutanées, Le meilleur calmant est l'injection intra-urétérale de chlorhydrate de papavérine. L'urosélectan A et le thorostrat diminuent ou abolissent les contractions urétérales, l'uro-sélectan B ne les modifie pas, le ténébryl et l'abrodil augmentent leur fréquence. L'action de ces substances est passagère. La *section circulaire* complète de l'uretère et les sections circulaires incomplètes, dépassant le tiers de la circonférence, sont irréparables.

G. Wolfromm.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE D'ÉGYPTE (Le Caire)

M. A. Diamantis. ***La caractéristique essentielle de la calcification bilharzienne vésicale*** (*Société Royale de Médecine d'Egypte*, séance du 12 Avril 1933). — D. arrive aux conclusions suivantes:

1° La calcification bilharzienne est un processus sous-épithélial complètement indépendant de l'état de l'épithélium lui-même.

2° La calcification des œufs n'a lieu habituellement que pendant leur arrêt dans la couche sous-épithéliale.

3° La calcification est la conséquence plutôt de l'intensité de l'infestation que de son ancienneté (Diamantis-Lotsy).

4° La calcification est un processus général de défense dont l'organisme se sert contre tout hôte indésirable, qu'il s'agisse d'un bacille (bacille de Koch) ou d'un parasite (bilharziose, échinocoque, etc.). Toutes les fois que l'organisme n'arrive pas à résorber ou à éliminer un tel hôte, il en amortit la nocivité en le pétrifiant par une calcification intense. Les œufs retardataires vivants ou morts, arrêtés dans la couche sous-épithéliale lymphatique, sont voués à une calcification certaine.

N. Kisthinios.

ANALES DE MEDICINA INTERNA. (Madrid)

J. A. Collazo et J. S. Rodriguez. ***L'hypervitaminose A*** (*Anales de Medicina Interna*, t. II, n° 4, Avril 1933). — Les troubles relevant de l'hypervitaminose A ont été déjà signalés en clinique. Ils sont très voisins de ceux de la xérophtalmie, causée par la carence de la vitamine A.

C. et R. étudient expérimentalement cette hypervitaminose chez deux jeunes rats de 25 jours. Ils leur administrent le produit « Vogan Merck », riche en vitamine A (40.000 unités-rat par centimètre cube).

Les animaux en observation sont arrêtés dans leur développement pondéral, bien que leur appétit reste conservé. La fonction de croissance est inhibée sous l'influence de l'hypervitaminose, mais elle se manifeste à nouveau dès la fin de l'expérience. Anémie. Contractures. Inflammation de l'appareil oculaire, exophtalmie, également passagères.

L'explication de ces phénomènes, par une accélération du métabolisme de la cholestérine, demeure encore très difficile.

G. d'Heucqueville.

C. Jimenez Diaz et L. Lorentz. ***Signification et valeur pratique de l'étude de la cholémie*** (*Anales de Medicina Interna*, t. II, n° 4, Avril 1933). — L'étude de la cholémie prend une importance croissante en pathologie hépatique. Les méthodes de détermination se sont perfectionnées, la méthode de Hijmans van der Bergh en particulier, qui reste la plus employée. Par la méthode colorimétrique de Meulengraght, très rapide, on obtient l'« indice ictérique ».

D. et L. insistent sur les rapports et les différences qui existent entre la bilirubinémie et l'indice ictérique.

La cholémie normale varie entre 0,3 et 0 milligr. 7 par litre. L'indice ictérique des sujets sains oscille autour de 6.

Dans l'atrophie jaune aiguë du foie, la cholémie, très élevée à la période d'état (jusqu'à 85 milligr.), s'abaisse à la période terminale. Chiffres élevés aussi dans les hépatites, les ictères par rétention; variables dans la cholélithiase, l'ulcus gastrique.

Cette savante étude, riche en détails techniques, comporte une bibliographie complète de la question.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

C. E. Forkner, T. C. Mc Nair Scott et S. C. Wu. ***Traitement de l'érythrémie par la liqueur de Fowler*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 4, Avril 1933). — Il peut sembler paradoxal d'employer l'arsenic, médicament qui passe pour un des meilleurs agents antianémiques, pour combattre l'érythrémie. Cependant, se basant sur certaines analogies entre le traitement de la leucémie myéloïde et celui de l'érythrémie, F., S. et W. ont eu recours à la liqueur de Fowler donnée à fortes doses dans cette dernière maladie et, chez les 6 sujets traités, ils ont obtenu une amélioration de la formule hématologique (retour du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine à un chiffre quasi normal au bout de 20 à 50 jours) accompagnée de la diminution ou de la disparition des symptômes subjectifs. Les rémissions peuvent se prolonger pendant plusieurs mois au moins en continuant la médication à doses plus faibles. Il ne s'agit là, bien entendu, que d'un traitement palliatif.

F., S. et W. commencent par donner 0 cmc 18 à 0 cmc 24 de liqueur de Fowler trois fois par jour au cours des repas. On continue cette dose pendant deux jours, puis on augmente tous les jours la dose quotidienne de 0 cmc 18 jusqu'à apparition du premier signe d'intoxication, l'anorexie, qui se produit d'ordinaire avec 1 cmc 5 par jour. On n'augmente plus alors la dose que lentement. On peut arriver ainsi à faire tolérer souvent une dose journalière de 3 à 3 cmc 5 donnée en trois fois, diluée avec du jus d'orange.

P.-L. Marie.

W. K. Myers et E. B. Ferris. ***La pleurésie au cours du rhumatisme articulaire aigu*** (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 2, Août 1933). — Les lésions pleurales au cours du rhumatisme articulaire aigu peuvent être l'expression de la maladie elle-même ou résulter d'une complication, infarctus pulmonaire ou défaillance du cœur, par exemple.

M. et F. relatent 15 cas d'atteinte de la plèvre au cours de cette affection. Dans 13, il s'agissait de pleurésie rhumatismale vraie, sèche chez 3 malades, avec épanchement chez les autres. Dans les 2 autres cas on avait affaire à un hydrothorax bilatéral consécutif à une insuffisance myocardique survenue pendant la phase aiguë de la maladie.

L'atteinte de la plèvre fut marquée par un début soudain, de la dyspnée allant parfois jusqu'à l'orthopnée, en disproportion avec l'étendue des lésions pulmonaires, une cyanose légère, de la douleur et une réaction fébrile d'intensité et de durée variables. M. et F. ont été frappés par la fréquence des signes physiques et radiologiques rencontrés au niveau du poumon dans la pleurésie rhumatismale véritable. Ils estiment que les lésions pleurales existantes étaient indépendantes de la péricardite constatée dans plusieurs cas et se rattachaient à des lésions pulmonaires sous-jacentes. Le liquide de la pleurésie rhumatismale se caractérise par son aspect hémorragique et par la rapidité avec laquelle se produit la coagulation. Inoculé dans 3 cas, il ne tuberculisa pas le cobaye.

Dans aucun cas le salicylate ne modifia l'évolution des lésions pleuro-pulmonaires et il fut même incapable de supprimer complètement les symptômes articulaires lorsque le processus rhumatismal atteignit la plèvre et le poumon, ce qui concorde avec les constatations de Grenet et de Caussade et Tardieu. A noter que dans 2 cas, les manifestations pleuro-pulmonaires avaient précédé l'apparition de la polyarthrite.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY (Chicago)

Jacob et Helmbold. ***Etudes bactériologiques sur le lichen plan*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVII, n° 3, Mars 1933). — L'étiologie du lichen plan était encore mystérieuse et de nombreuses théories avaient été émises. Les recherches de J. et H. constituent un travail capital, et, si elles sont confirmées, démontrent la nature infectieuse du lichen plan.

J. et H. ont isolé un *microbe anaérobie*, non mobile, non encapsulé, non sporulé, ne prenant pas le Gram; ce bacille de 2,5 à 3,7 μ de longueur sur 0,5 à 0,7 μ d'épaisseur.

Le matériel fut prélevé sur des papules de lichen plan des avant-bras, de préférence chez des malades non traités. On enlève après antisepsie de la peau un fragment de lésion qu'on inclut dans un milieu spécial et qu'on met à l'étuve à 37°5 pendant 48 heures.

Le milieu employé est du sérum agar dextrosé demi-solide; c'est un mélange de dextrose agar à 4 pour 100, avec assez de sérum humain pour former une masse demi-solide. Avant ou après le mélange, on inactive le sérum entre 56° e 60° pendant 10 heures, en ayant soin de ne pas coaguler le sérum. Les fragments de tissu de lichen plan sont implantés profondément dans le milieu, recouverts d'huile de pétrole et mis à l'étuve durant 48 heures. Le micro-organisme put être retrouvé dans presque toutes les cultures de lichen plan.

9 sujets furent inoculés avec des cultures de ce microbe sur des stries fraîches faites sur l'avant-bras, suivies d'un pansement sec pendant quelques heures. 3 sujets ne montrèrent aucune réaction, 2 sujets montrèrent une réactivation inflammatoire papuleuse le long des stries et qui disparut en 2 semaines. Les 4 autres eurent une réaction papuleuse plus marquée qui dura quelques mois. non seulement sur les stries, mais aussi dans le

voisinage; dans 2 cas, on nota une réaction buccale légère, mais nette.

Sur un des auteurs (M. Jacob), les papules furent très marquées et d'une papule apparue à quelque distance de la strie, on put retirer le microbe 6 semaines plus tard et d'un autre placard l'isoler 6 mois plus tard. Une de ces papules fut biopsiée et montra les lésions histologiques du lichen plan.

Les micro-organismes furent retrouvés avec difficulté sur les coupes des fragments de tissus qui avaient été à l'étuve 2 à 5 jours.

J. et H. ont pu trouver ce micro-organisme 25 fois sur 29 cas de lichen plan; ils ne l'ont jamais trouvé sur la peau normale, ni sur d'autres dermatoses (verrues, psoriasis, pityriasis rosé, dermatite arsenicale) de contrôle.

R. Burnier.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

F. R. Ford. ***Sécrétion paroxystique des larmes pendant le repas, séquelle de paralysie faciale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXIX, n° 6, Juin 1933). — On peut observer au cours de la paralysie faciale périphérique une sécrétion exagérée des larmes du côté paralysé, provoquée chez les malades par le fait de manger, ou de mettre simplement des substances sapides dans leur bouche. F. en rapporte 4 observations.

Ce fait se présente chez des sujets ayant eu une paralysie faciale grave, lors de la régénération du nerf, au moment où apparaissent la contracture faciale et les mouvements associés anormaux. Ces divers phénomènes relèvent de la même cause. L'hypothèse proposée par Spiller, que les fibres régénérées suivent un mauvais aiguillage, est la seule admissible. Dans le cas présent, il est permis de penser que des fibres qui avant la paralysie innervaient les glandes salivaires ont été mal aiguillées et innervent maintenant les glandes lacrymales.

Le syndrome de l'auriculo-temporal, consécutif à une atteinte du nerf dans la région parotidienne, est le suivant. Dans la zone d'anesthésie qui existe sur la tempe, on observe quand le malade mange ou met de la nourriture dans sa bouche une rubéfaction se produire et une sudation apparaître dans la zone anesthésique. Ce fait semble devoir s'expliquer par l'erreur d'aiguillage de fibres nerveuses régénérées qui, primitivement destinées à la parotide, vont maintenant aux glandes sudoripares et aux vaisseaux cutanés.

H. Schaeffer.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

O. Hoffman et **F. Gudernatsch.** ***Influence de la diiodotyrosine associée à certains autres acides aminés sur la différenciation*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 3, Mai 1933). — Des expériences de H. et de G. sur les têtards il ressort que certains α-acides aminés (phényl-alanine, tyrosine, tryptophane) exercent sur le processus de différenciation une influence accélératrice, qualitativement comparable à celle de la di-iodo-tyrosine ou de la thyroxine, cet effet étant toutefois quantitativement moins prononcé. Aussi appellent-ils ces acides aminés « acides de différenciation ». La phényl-alanine est le moins actif et la tyrosine le plus efficace. Ces acides aminés de différenciation renforcent l'action similaire de la diiodo-tyrosine.

H. et G. soulignent la parenté chimique existant entre ces acides aminés et la diiodo-tyrosine. Tous sont des acides aminés aromatiques; cependant, l'alanine qui est un α-acide aminé aliphatique semble posséder une légère action stimulante sur la différenciation.

Il existe ainsi toute une série d'agents de différenciation de plus en plus actifs depuis la phényl-alanine jusqu'à la thyroxine, hormone de la thyroïde, en passant par la diiodo-tyrosine. Leur pouvoir augmente dès que l'iode est introduit dans la molécule et avec le nombre des atomes d'iode introduits (la thyroxine en contient 4).

D'autre part, un autre groupe d'acides aminés (arginine, lysine, cystine) stimule la croissance; mais actuellement il est encore impossible de déceler une relation chimique, si tant est qu'il en existe une, entre ces acides aminés « de croissance » et l'hormone de croissance antéhypophysaire.

P.-L. Marie.

W. M. Engelbach, R. L. Schaeffer et **W. L. Brosius.** ***Diagnostic et traitement des insuffisances de croissance d'origine endocrinienne*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 3, Mai 1933). — E., S. et B. relatent 7 cas d'insuffisance de croissance, présentant divers degrés de nanisme, dont l'origine endocrinienne avait pu être établie (insuffisance antéhypophysaire pure ou thyréo-antéhypophysaire), et dans lesquels l'injection sous-cutanée d'hormone antéhypophysaire de croissance (antuitrine G) a donné d'heureux résultats, réellement attribuables à la thérapeutique spécifique, tous les patients ayant été mis en observation durant plusieurs mois avant le début du traitement et aucun n'ayant vu sa taille se modifier pendant ce temps. La durée du traitement fut de 3 à 5 mois et l'augmentation de la taille de 2 cm. 5 à 6 cm., alors que la médication thyroïdienne n'avait donné antérieurement que des résultats insignifiants.

E., S. et B. donnent une classification des insuffisances de croissance d'origine endocrinienne et en précisent les caractères respectifs. Ils distinguent 3 grandes catégories: 1° Insuffisances non néoplasiques, relevant soit d'une insuffisance antéhypophysaire pure, soit d'une insuffisance antéhypophysaire, primitive et d'une insuffisance thyroïdienne secondaire, soit d'une insuffisance primitive de la thyroïde et secondaire de l'antéhypophyse; 2° insuffisances avec néoplasies (tumeurs intra et extrasellaires); 3° insuffisances résultant d'anomalies du côté des glandes sexuelles, des parathyroïdes ou des surrénales.

Le diagnostic des insuffisances de croissance, qu'il importe de faire aussi précocement que possible pour avoir les meilleurs résultats thérapeutiques, est basé sur deux critères: les mensurations de la taille et l'étude radiologique des centres d'ossification, celle-ci très précieuse dans les insuffisances pluriglandulaires. Dans l'insuffisance antéhypophysaire pure, le moment d'apparition des centres et leur développement est normal ou un peu trop précoce, mais la taille des os est au-dessous de la normale. Le retard manifeste du développement des os doit faire conclure à l'existence d'une insuffisance thyroïdienne. Si cette dernière est primitive, les signes radiologiques sont pathognomoniques dès la naissance tandis que, lorsqu'elle est secondaire, les radiographies révèlent peu d'anomalies squelettiques, du moins jusqu'à la puberté.

P.-L. Marie.

L. G. Rowntree et **R. G. Ball.** ***Les affections des surrénales*** (*Endocrinology*, t. XVII, n° 3, Mai 1933). — L'ampleur du sujet traité dans cette conférence en rend difficile une brève analyse. R. et B. ont voulu surtout faire une mise au point de la pathologie des surrénales en insistant sur les lacunes actuelles de nos connaissances.

Ils examinent d'abord les fonctions encore bien hypothétiques de ces glandes et indiquent les principes et hormones déjà isolés, adrénaline sécrétée par la médullaire, acide hexuronique qui interviendrait dans la pigmentation addisonienne, et hormone corticale élaborée par la corticale. Les recherches cliniques ont montré l'influence profonde exercée par l'hormone corticale sur le métabolisme: stimulation de l'appétit, rétablissement des fonctions gastro-intestinales normales, accroissement considérable du poids et de l'énergie, surtout musculaire, décoloration de la peau.

R. et B. abordent ensuite le chapitre encore si obscur des relations des surrénales avec les autres endocrines. L'hyperactivité de la corticale renforce l'action de l'hormone sexuelle masculine et fait apparaître les caractères sexuels secondaires du mâle tandis qu'elle semble inhiber la sécrétion ovarienne chez la femelle adulte. Il paraît exister des rapports entre les surrénales et la thyroïde. Les interrelations entre les surrénales et l'hypophyse sont plus évidentes, mais encore mal précisées.

R. et B. classent les affections surrénales en:

1° Affections relevant d'une *suractivité.* Celle-ci peut être *corticale* (syndrome génito-surrénal), se manifestant soit par du pseudo-hermaphrodisme traduisant l'hyperfonctionnement de la corticale pendant la vie fœtale, soit par une puberté précoce, soit par du virilisme et de l'hirsutisme chez l'adulte. La suractivité peut être d'origine *médullaire*, relevant en général de la présence d'une tumeur dont il existe trois variétés: neuroblastomes, caractérisés par leur tendance aux métastases qui se font principalement soit dans le foie, les poumons et les ganglions lymphatiques abdominaux (type de Pepper), soit dans l'orbite, le crâne et les os longs (type de Hutchinson); il existe aussi une forme se traduisant par une anémie grave rappelant l'anémie pernicieuse; ganglioneuromes, exceptionnels, donnant lieu rarement à des métastases et d'ordinaire simple trouvaille d'autopsie; enfin paragangliomes qui sont les tumeurs les plus habituelles et causent soit de l'hypertension paroxystique, soit de l'hypertension continue, associée parfois à du diabète. R. et B. rapportent toute une série d'exemples intéressants de ces divers types d'hyperactivité surrénale. A signaler en particulier le premier cas diagnostiqué pendant la vie de paragangliome (Rowntree et Mayo) qui, opéré il y a 5 ans, est actuellement en parfaite santé, toute hypertension ayant disparu. Deux autres cas ont été opérés depuis avec le même succès, mais le diagnostic est délicat, car on peut rencontrer de l'hypertension paroxystique sans paragangliome. R. et B. insistent sur l'augmentation marquée du poids souvent notée dans les tumeurs corticales, en dépit de métastases multiples. Ils soulignent l'apparition d'hypertension dans certaines tumeurs corticales et sa disparition quand la tumeur est enlevée. La pathogénie de l'hypertension en pareil cas est très obscure.

2° L'*hypofonction* surrénale comprend deux ordres de faits: l'insuffisance surrénale proprement dite (hypoadrénalisme) dont R. et B. relatent deux cas où l'administration d'adrénaline et d'hormone corticale resta sans effet, mais le diagnostic en pareil cas est toujours très sujet à caution; la maladie d'Addison. A propos de celle-ci, R. et B. insistent sur la valeur de l'étude radiologique. La radioscopie leur a même permis dans un cas de mettre en évidence les lésions surrénales; la radiographie démontre souvent la calcification des glandes. Ils ont employé l'hormone corticale de Swingle et Pfiffner chez 23 malades et dans tous les cas sauf un ont obtenu des résultats immédiats très satisfaisants; mais il faut que les patients aient un état général encore passable et que l'on dispose de la quantité nécessaire d'hormone. Toutefois, quand ces conditions sont remplies, il reste encore à faire face à la tuberculose.

P.-L. Marie.

THE LANCET
(Londres)

H. Moll. ***L'asthme professionnel. La sensibilité à la laine de mouton*** (*The Lancet*, n° 5730, 24 Juin 1933). — Dans le Yorkshire, plus de 200.000 personnes sont occupées dans les manufactures de laine. En conséquence les cas de sensibilisation à la laine sont assez fréquents. Sur 119 cas d'asthme avec réaction cutanée positive, M. en trouva 22 sensibilisés à la laine. Sur 40 cas d'asthme professionnel, M. en trouva 19 qui maniaient de la laine. Cette sensibilisation survient après un temps variable. Elle n'est pas due seulement au suint de la laine mais se rencontre également chez les ouvriers qui confectionnent les habits, les couvertures avec le fil tissé. Etant donné la quantité d'objets fabriqués avec la laine, on comprend que les cas d'asthme soient fréquents. Dans 14 cas, M. a essayé la désensibilisation par injections sous-cutanées d'un extrait de laine avec quelques succès.

André Plichet.

W. Lister. ***La stéatorrhée idiopathique de l'adulte*** (*The Lancet*, n° 5731, 1er Juillet 1933). — Cette maladie, dont 15 cas seulement ont été rapportés, est caractérisée par de la diarrhée avec abondance anormale des graisses et des acides gras dans les selles, de la fragilité des os amenant des fractures spontanées et des déformations du squelette, de la tétanie, de l'anémie avec mégalocytose, des éruptions cutanées ressemblant au psoriasis, mais recouvertes plutôt de croûtes que de squames et tardivement une opacité du cristallin.

L. rapporte deux nouvelles observations de cette maladie. La première concerne une femme de 21 ans qui entre 4 et 17 ans eut des crises de vomissements, de diarrhée et de douleurs abdominales pendant six mois de chaque année. Vers l'âge de 19 ans apparut une éruption brun rouge sur le tronc, la face et les membres qui ne tarda pas à desquamer et à laisser la place à une pigmentation presque généralisée. Pas de signe de Trousseau, ni de Chwostek. Dislocation des articulations du genou et de la hanche. Il n'y avait pas de diarrhée, mais les selles contenaient 37 pour 100 de graisses.

L'autre observation concernait également une femme de 39 ans qui ne présentait pas de diarrhée mais dont les selles contenaient 43 pour 100 de graisses. On remarquait encore une légère pigmentation, une limitation des mouvements de la hanche et quelques symptômes de tétanie.

Dans les 2 cas les radiographies décelaient une décalcification du squelette.

Par un régime pauvre en graisses, riche en calcium avec adjonction de vitamine, on obtient une amélioration.

L. ne discute pas la pathogénie de cette affection, ni les rapports avec la maladie cœliaque et la sprue.

André Plichet.

CLINICAL SCIENCE
(Londres)

G. W. Pickering et **W. Hess.** ***Le mécanisme de la céphalée produite par l'histamine*** (*Clinical Science*, t. 1, n° 1, 1933). — Le mécanisme de la plupart des maux de tête est encore très obscur. L'injection intraveineuse de 0 milligr. 1 de phosphate acide d'histamine permet de produire aisément chez les sujets normaux une céphalée ayant des caractères bien définis, dont P. et H. ont minutieusement étudié la pathogénie.

L'histamine détermine une élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien due à une vasodilatation cérébrale, et une chute de la pression artérielle. Or, la céphalée se montre lorsque ces modifications de pression sont en voie de disparition. Cette relation chronologique fait penser que le mal de tête est dû à la perturbation mécanique résultant de l'action de l'histamine sur les vaisseaux et lui survivant.

Comme l'on peut atténuer le mal de tête dû à l'histamine en augmentant la pression du liquide céphalo-rachidien, soit par compression des jugulaires au cou, soit par injection intrarachidienne d'eau physiologique, ou en abaissant brusquement la pression artérielle par un moyen purement mécanique (épreuve de Müller par exemple), alors que l'augmentation de pression artérielle (épreuve de Valsalva modifiée) le fait redoubler, on est en droit de supposer que la douleur est liée au tiraillement d'organes sensitifs situés soit dans la paroi artérielle, soit dans les tissus périvasculaires. Les recherches de P. et H. ayant montré que l'origine du mal de tête dû à l'histamine ne peut être dans les vaisseaux du cuir chevelu ni dans ceux de la boîte osseuse, il faut la reporter aux artères méningées innervées par le trijumeau, ce que confirment les expériences faites chez les sujets ayant eu la racine sensitive du trijumeau sectionnée. Comme l'on sait que la dure-mère est surtout innervée par le trijumeau, la pie-mère l'étant par les plexus carotidiens, le trouble déterminé par l'histamine siégerait au niveau de la dure-mère, le tiraillement produit résultant soit d'un gonflement des tissus périvasculaires, soit de la dilatation des vaisseaux.

P.-L. Marie.

THE CALCUTTA MEDICAL JOURNAL

P. N. Ray. ***Gangrène symétrique des extrémités inférieures*** (*The Calcutta Medical Journal*, t. XXVII, n° 6, Avril 1933). — Chez un Hindou de 35 ans, se développa une gangrène symétrique des 2 membres inférieurs, 3 semaines après une attaque de choléra durant laquelle on avait observé des accidents sévères de collapsus et des crampes dans les membres inférieurs. Il s'agissait de gangrène humide avec douleurs locales, disparition du pouls au niveau de l'artère pédieuse; il y avait en même temps un abcès de la paroi antérieure de l'abdomen. L'ouverture de l'abcès avec drainage, le pansement sec de la gangrène avec élévation des membres, le traitement général et 6 injections de lait à intervalle de 3 à 4 jours amenèrent une guérison complète de la gangrène avec réapparition du pouls au niveau de la pédieuse.

Si ce cas peut être considéré comme un succès pour la protéinothérapie non spécifique, le second, une thrombo-angéite oblitérante, survenu chez un Hindou de 40 ans, aurait été rapidement amélioré par l'injection quotidienne de 2 unités de « padutine », hormone extraite par Frey et Kraut du tissu pancréatique, mais sans rapport avec l'insuline.

Robert Clément.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Luigi di Natale (Turin). ***Sur l'utilisation de l'hormone vaso-motrice du lobe postérieur de l'hypophyse (vasopressine) dans l'anesthésie locale*** (*Archivio italiano di chirurgia*, t. XXXIII, n° 4, Avril 1933). — N. a étudié l'action de la vasopressine, isolée par Kamm des extraits totaux de lobe postérieur d'hypophyse, expérimentée déjà par Spagnol et Boccia, par Wermer, par Devezé, etc. Il a d'abord étudié son action isolée, et constaté sa propriété, après injection sous-cutanée chez l'homme: 1° de retarder notablement l'absorption des substances (atropine) avec lesquelles elle a été injectée; 2° de déterminer une énergique vaso-constriction sur les capillaires sanguins; 3° de produire constamment la diminution de l'index oscillométrique, d'augmenter presque constamment la pression minima et d'accentuer l'onde systolique secondaire, ce qui ne prouve pas son action sur les centres cardio-vasculaires ni sur les centres vaso-moteurs, mais seulement sur la musculature lisse des vaisseaux par réduction du champ circulatoire périphérique.

Pratiquement, il a expérimenté cliniquement la solution anesthésique novocaïne-vasopressine et est arrivé aux constatations suivantes: 1° Les solutions anesthésiques à 20 U.I. pour 100 produisent une anesthésie parfaite et de longue durée; 2° elles se sont montrées actives même pour une concentration de novocaïne très basse (par exemple à 0,10 pour 100); l'adjonction de vasopressine permet donc une excellente anesthésie avec des doses notablement inférieures (de la moitié et même des deux tiers) à celles nécessaires avec l'adjonction d'adrénaline; 3° elles ne provoquent aucun trouble d'ordre général comme ceux observés chez les sujets très sensibles à l'adrénaline, et les plaies chirurgicales guérissent de manière idéale.

André Guibal.

LA CHIRURGIA DEGLI ORGANI DI MOVIMENTO
(Bologne)

V. Putti. ***Aspects cliniques de la dégénérescence du disque intervertébral*** (*La Chirurgia degli Organi di Movimento*, t. XVIII, n° 1, Mai 1933). — P. a observé 10 cas d'une rachialgie lombaire localisée et chronique, accompagnée d'altérations anatomiques consistant essentiellement en rétrécissement de l'espace intervertébral et réactions marginales des corps vertébraux qui sont plus denses. Le siège est lombaire.

« Il est probable que cette rachialgie est due à un processus dégénératif primitif du disque intervertébral résultant peut-être d'une action d'ordre traumatique. »

Anatomiquement, un fait constant est le rétrécissement de l'espace intervertébral. Ce rétrécissement s'accompagne de « réactions marginales » des corps vertébraux.

Il peut y avoir scoliose, rarement cyphose, si l'atrophie du disque n'est pas absolument régulière.

Dans les cas avancés, les angles ventraux des vertèbres présentent des crochets.

Cliniquement, P. a observé 10 malades, 5 hommes et 5 femmes. L'âge moyen est entre 40 et 50 ans; les plus jeunes ont 35 ans, les plus âgés 60.

Les antécédents héréditaires ou personnels ne fournissent guère d'indications.

Les douleurs localisées dorso-lombaires et lombaires avec irradiations sous le thorax et en ceinture constituent la première manifestation de l'affection. La douleur se manifeste à la pression directe et indirecte sur les vertèbres lombaires; elle est exagérée par les efforts, les mouvements; elle ne l'est pas par l'éternuement ou la toux.

Il y a des périodes d'accalmie dans les douleurs, interrompues par des poussées aiguës qui obligent le malade à garder le lit. Le port d'un corset plâtré soulage immédiatement la douleur.

La rigidité vertébrale varie avec la douleur; atténuée dans la période de rémission de la douleur, elle s'accroît et se diffuse dans la période aiguë. Il peut y avoir alors contracture des muscles paravertébraux, avec inflexions rachidiennes (scoliose, cyphose).

L'affection reste localisée; elle n'a pas de tendance à s'aggraver.

P. conseille de la traiter par la thermothérapie et au besoin par le port d'un corset plâtré. Peut-être y aurait-il avantage à recourir à la greffe d'Albee que P. se propose d'essayer à la prochaine occasion.

Albert Mouchet.

Mario Paltrinieri (de Cortina d'Ampezzo). ***L'antigène méthylique de Boquet et Nègre dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire*** (*La Chirurgia degli Organi di Movimento*, t. XVIII, n° 1, Mai 1933). — D'une statistique de 47 malades atteints de tuberculose ostéo-articulaire et traités par l'antigène méthylique de Boquet et Nègre, P. tire les conclusions suivantes:

1° Le médicament donne rarement et à un degré minime des réactions générales et locales.

2° Il trouve bien peu de contre-indications, excepté peut-être dans les affections hyperthermiques et évoluant vers la cachexie tuberculeuse.

3° Il augmente le taux de l'hémoglobine et le nombre des globules rouges.

4° Il arrête la destruction osseuse, favorise la recalcification.

5° Son action bienfaisante s'étend au delà de la période de son emploi, elle continue après la cessation de la cure.

ALBERT MOUCHET.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Leigher. ***Recherches expérimentales sur le problème étiologique des tuberculides*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXVIII, fasc. 3, Juin 1933). — L., dans le but de mettre en évidence l'étiologie tuberculeuse de quelques tuberculides (1 sarcoïde de Boeck, 6 lupus érythémateux), injecta dans le péritoine de cobayes le sang des malades.

Jamais, il n'observa de formations tuberculeuses typiques, caséeuses. Dans 3 cas cependant, à la suite d'injections de sang fourni par des malades atteints de lupus érythémateux, il nota dans le poumon et dans la rate des cellules épithélioïdes et des cellules géantes, et dans un cas, il observa un processus qui rappelait la pneumonie caséeuse au début.

A la suite de passage en série de la pulpe de ganglions lymphatiques de cobayes inoculés, délayée dans du sérum et injectée dans le péritoine de nouveaux inoculés, L. nota, au deuxième passage, la présence de formes granulaires et de bacilles acido-résistants, dans les ganglions médiastinaux, des cellules géantes et épithélioïdes dans la rate.

Chez tous les cobayes inoculés, L. constata la présence, dans les divers organes, de lésions qui furent décrites par de nombreux auteurs comme dues à l'infection du cobaye par le virus tuberculeux filtrant (type Calmette-Valtis).

Mais peu persuadé de la constance de ces résultats, L. fit des expériences de contrôle en injectant dans le péritoine de cobayes du sang provenant d'individus sains, non tuberculeux.

Il constata, dans les divers organes (en particulier au poumon une hyperplasie lymphoïde), des lésions semblables à celles qui furent décrites avec l'ultra-virus.

L. conclut que les lésions décrites par les auteurs comme provoquées par le virus filtrant tuberculeux ne sont pas pathognomoniques et qu'elles peuvent être produites par de nombreuses autres causes, en particulier par le facteur toxique représenté en l'espèce par le sang introduit dans le péritoine du cobaye.

R. BURNIER.

Comel. ***Mélanose de la face*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXVIII, fasc. 3, Juin 1933). — C. a observé chez une femme de 35 ans une mélanose circonscrite à la face, surtout marquée au front, sur le dos du nez, autour de la bouche, sur le menton. Cette lésion se rapproche davantage de la mélanose de Riehl que de la mélanodermite de Hoffmann, en raison de la présence de squames pityriasiques et de pseudo-comédons dus à l'hyperkératose folliculaire.

En faveur de la mélanose de Riehl plaident encore d'autres facteurs: l'abus de vaseline de mauvaise qualité avant l'apparition de la mélanose, et l'existence de troubles endocriniens tels que l'abaissement de la pression sanguine et des troubles menstruels, indiquant un dysfonctionnement des surrénales et de l'ovaire.

Il est d'ailleurs souvent difficile de distinguer la mélanose de Riehl du syndrome de Hoffmann; tous deux constituent un tableau complexe dans lequel interviennent des facteurs exogènes, accidentels ou professionnels, une dysharmonie des glandes endocrines et des troubles des fonctions vitaminiques; ces troubles entraînent une réaction cutanée anormale qui se traduit par une mélanogenèse exaltée et une kératopoïèse anormale, comme dans le cas de C.

R. BURNIER.

Robba. ***Mélanodermite toxique lichénoïde de Hoffmann*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXVIII, fasc. 3, Juin 1933). — R. rapporte un cas de pigmentation cutanée chez un ouvrier de 29 ans, ajusteur mécanicien qui réparait des tuyaux d'adduction de goudron liquide et bouillant. Après 3 ans de ce travail, le malade accusa du prurit et une sensation de brûlure sur les parties découvertes et il vit apparaître sur ces mêmes régions et sur d'autres, des taches hyperchromiques.

Cliniquement, cette hyperchromie est surtout localisée à la face, aux avant-bras, à l'abdomen, aux creux poplités, au tiers inférieur des jambes; la peau est luisante et montre une pigmentation réticulée et de rares télangiectasies. Le malade présentait en outre une hyperhidrose notable, une hypotension artérielle et une hypervagotonie.

Histologiquement, on trouva une forte hyperkératose et granulose, une dissociation des cellules de la couche basale avec immigration lympho-leucocytaire et formation de cavités remplies de pigment et un œdème papillaire, du pigment granuleux et amorphe dans le derme superficiel et dans la couche basale. La dopa-réaction fut nettement positive dans l'épiderme, négative dans le derme.

R. établit une distinction entre la maladie de Hoffmann et la mélanose de Riehl. En faveur de la mélanodermite de Hoffmann parlent les anamnestiques, le bon état général du malade, le début par des signes d'irritation cutanée, tels que prurit et brûlures, précédant l'hyperpigmentation. Les graves altérations histologiques prédominent dans l'épiderme, alors qu'elles existent surtout dans le derme dans la maladie de Riehl.

Divers facteurs étiologiques interviennent dans la pathogénie de cette maladie de Hoffmann : l'action déclanchante du goudron, l'hyperhidrose, la température élevée, l'action des rayons solaires ultra-violets. Le dysfonctionnement des glandes surrénales chez le malade constitue également un facteur important.

R. BURNIER.

Marras. ***Métabolisme calcique et chéloïdes*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXVIII, fasc. 3, Juin 1933). — M., dans 4 cas de chéloïdes, a recherché la calcémie et le taux du calcium dans les tissus normaux et pathologiques.

Dans tous les cas, M. nota une hypercalcémie et une augmentation considérable du taux du calcium dans les tissus chéloïdiens.

Par contre, des examens cliniques et des inoculations expérimentales, en vue de déceler la tuberculose chez les 4 malades, sont demeurés négatifs.

M. est donc amené à nier la valeur qu'on avait voulu donner au facteur tuberculeux dans l'étiologie des chéloïdes et il considère le facteur calcium comme capital, celui-ci étant en relation très vraisemblable avec un dysfonctionnement endocrinien, en particulier avec un dysfonctionnement parathyroïdien.

R. BURNIER.

Del Vivo. ***Les rapports entre les syndromes génito-ano-rectaux et la maladie de Nicolas-Favre*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXVIII, fasc 3, Juin 1933). — L'intradermo-réaction de Frei a été trouvée positive dans des cas d'esthiomène, d'éléphantiasis génito-anal, de syphilome ano-rectal; on a été ainsi amené à considérer ces faits comme une forme atypique de la maladie de Nicolas-Favre.

V. a observé 4 cas de ce syndrome chez des prostituées. Il conclut que le virus de la maladie de Nicolas est capable de déterminer parfois des syndromes génito-ano-rectaux. Mais il estime que chez les sujets atteints de ce syndrome ou de rétrécissement du rectum et qui présentent un Frei positif, il ne faut pas attribuer au virus lymphogranulomateux toutes les altérations morbides.

L'incertitude qui existe encore sur la nature du virus lymphogranulomateux, sur le mode de contagion et de propagation dans l'organisme, la possibilité d'une association de la lymphogranulomatose avec une autre maladie vénérienne, la syphilis en particulier, capable de donner des tableaux cliniques identiques, doivent nous inciter à la prudence.

R. BURNIER.

Crosti. ***Les dermatites atrophiantes maculeuses soi-disant idiopathiques*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXVIII, fasc. 3, Juin 1933). — C. a observé chez 2 jeunes filles une dermatite atrophiante maculeuse idiopathique caractérisée par les symptômes suivants: apparition à la période de développement sexuel, progression lente, puis augmentation plus rapide des manifestations à 20 ans, distribution symétrique aux épaules et aux dos, en manteau, jusqu'à la ceinture, des éléments nummulaires, d'apparence aphlegmasique, même au stade initial, souvent saillants, et dont la peau atrophique est dépourvue d'élasticité. Les 2 sujets étaient en bonne santé; l'une avait cependant des antécédents tuberculeux pleuro-pulmonaires et réagissait à la tuberculine. Les 2 malades étaient émotives, avec réaction neurovasale marquée et hypersympathicotonie.

La biopsie d'une macule montra un substratum inflammatoire des lésions avec petits foyers dans le derme profond à siège vasculaire et nerveux, une altération du collagène et une destruction du tissu élastique; dans un cas, on nota de petits foyers granulomateux à structure tuberculoïde avec cellules géantes.

Il est souvent difficile de s'y reconnaître dans le groupe encore si obscur des atrophies cutanées: C. les ramène à 2 types principaux: un type cliniquement aphlegmasique, type Schweninger et Buzzi, avec processus inflammatoire minime, siège profond, et qui donne un tableau d'atrophie en taches circonscrites et monomorphes; un type plus inflammatoire, type Pellizzari-Jadassohn, dans lequel l'inflammation est plus intense, le siège plus superficiel, à développement plus varié, plus étendu et polymorphe.

Au point de vue pathogénique, on admet habituellement l'existence d'une cause toxi-infectieuse interne, à évolution lente, syphilis et surtout tuberculose. On a invoqué également des troubles des glandes à sécrétion interne: thyroïde, hypophyse, ovaire. L'opothérapie, dans les 2 cas de l'auteur, n'a donné aucun résultat.

C. pense également à une cause toxi-infectieuse qui conduit à l'atrophie cutanée, grâce à un processus de vascularite et de névrite, processus démontré par l'examen biopsique.

R. BURNIER.

Radaeli. ***Pemphigus végétant*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXVIII, fasc. 3, Juin 1933). — R. rapporte 3 cas de pemphigus végétant, un à évolution bénigne, les 2 autres à évolution grave, mortelle. Chez 2 malades, R. observa des lésions persistantes ou passagères, absolument analogues à ce qu'Hallopeau a décrit sous le nom de *pyodermite végétante*. R. considère donc les 2 maladies comme identiques.

Une amélioration fut obtenue chez la deuxième malade avec un traitement quinico-urotropinique. L'hépatothérapie ne donna aucun résultat. Le novarsénobenzol fut tenté dans 2 cas; dans le premier, le résultat fut désastreux; dans le deuxième, on n'observa aucune modification.

R. fit sur ces malades une série de recherches biologiques qui furent d'ailleurs habituellement négatives.

La recherche des microbes dans le liquide des bulles, les hémocultures ne donnèrent aucun résultat. Les essais de transmission de la maladie avec le sérum, le liquide des bulles, l'extrait de végétations au lapin, au poulet, au pigeon furent négatifs.

L'intradermo-réaction avec l'extrait aqueux de végétations, suivant la méthode de Frei, fut également négative. La réaction de déviation du complément avec l'extrait de végétations ne donna aucun résultat.

L'ingestion d'iodure de potassium et l'application de pommade iodurée à 50 pour 100 ne furent suivies d'aucune réaction. L'application sur la peau saine de divers irritants (formaline, teinture d'arnica, huile de croton) donna également un résultat négatif.

Le métabolisme basal, la glycémie furent trouvés normaux.

Les examens histologiques pratiqués sur les divers organes à l'autopsie de la première malade ne fournirent aucun élément permettant d'éclairer l'étiologie du pemphigus.

R. Burnier.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DELL' APPARATO MOTORE
(Rome)

Franceschelli Nicola (Rome). ***Ostéodystrophie fibreuse ou ostéose parathyroïdienne*** (*Ortopedia e Traumatologia dell' appar. mot.*, t. V, n° 2, Mars-Avril 1933). — F. fait une étude très détaillée de l'affection et essaye d'exposer les données les plus récentes; le travail de Lièvre sur l'ostéose parathyroïdienne est largement mis à contribution.

L'auteur rapporte l'histoire clinique d'un sujet de 23 ans qui se présente en 1929 à la clinique orthopédique de Rome pour des douleurs lombaires et au niveau des genoux. Vers la fin de la même année, le sujet subit un accident; plusieurs médecins, devant sa claudication, pensent à une luxation de la hanche et lui conseillent un appareil extenseur.

Il entre à la clinique en 1931; dès lors, il présente des troubles de la marche, un raccourcissement de la jambe droite, une limitation de l'abduction et la cuisse en adduction. Scoliose lombaire réductible. Pas de douleurs.

Les radios montrent: fracture transcervicale du col du fémur droit, luxation en haut de la tête, vaste prolifération ostéopériostique.

Décalcification diffuse de tout le bassin, allant jusqu'à la hanche opposée et particulièrement confluente au niveau des ailes iliaques.

La radiographie pulmonaire montre des dépôts crétacés para-hilaires très vastes (mutations calciques).

Les os de la voûte cranienne présentent un aspect flou.

Aux membres supérieurs et surtout aux membres inférieurs, à leur extrémité distale, décalcification diffuse, ovalaire, à limites nettes.

En résumé, décalcification systématique, non uniforme, de tout le squelette avec maximum pelvien; zones de raréfaction ostéo-péristique, lacunaires et de dimensions variables.

Devant ces modifications structurales, l'auteur se pose la question du diagnostic et pour mieux élucider le problème, il recourt à une biopsie en prélevant un segment du péroné droit. L'examen microscopique montra une profonde modification de la structure de l'os: 1° dilatation des canaux de Havers; plus accentuée au fur et à mesure qu'on s'approche de la cavité médullaire.

2° Présence dans les cavités néoformées de tissu adipeux et fibreux richement vascularisé, avec cellules géantes se disposant à la périphérie et au voisinage des trabécules osseux.

3° A mesure que les lamelles, délimitant les canalicules, sont détruites, les ostéoblastes libérés se transforment en myéloplaxes.

Le périoste et les couches osseuses sous-périostiques ont un aspect relativement normal.

Pas de signes de processus inflammatoire, caractère sur lequel insiste Stenholm.

La décalcification diffuse a rompu la solidité structurale des os, d'où grande facilité de fractures.

Il s'agissait donc d'une affection systématique du squelette, dont le diagnostic devait être posé par la radiologie et par le laboratoire: une ostéodystrophie fibreuse.

La question thérapeutique exigeait:

1° La guérison de l'ostéo-dystrophie;

2° Traiter la fracture du col du fémur droit.

La seconde question fut laissée en suspens; l'auteur, avant toute exploration des parathyroïdes, essaya la radiothérapie de ces glandes.

Un mois plus tard, de nouvelles radiographies montrèrent des modifications essentielles de la structure osseuse; le malade quitte la clinique en Juin 1931 et on lui ordonne des bains de soleil et des préparations calciques.

Au début de 1932, le malade est revu; son état est très amélioré grâce aux bains de soleil.

Les troubles douloureux réapparaissent, le malade est de nouveau hospitalisé pour une exploration chirurgicale des parathyroïdes, mais celle-ci ne fut pas pratiquée, le malade s'y étant dérobé.

Après avoir passé en revue toute la littérature médicale, étudié la physiologie des parathyroïdes et le métabolisme calcique, l'auteur arrive aux conclusions suivantes:

L'hormone parathyroïdienne a une importance capitale dans la régularisation calcique; le dysfonctionnement provoqué par une altération de ces glandes peut provoquer des troubles marqués du squelette.

Les contre-épreuves opératoires représentent un des arguments les plus brillants de la physiopathologie osseuse et de ses relations avec les glandes parathyroïdiennes.

Albert Mouchet.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

L. Schnek. ***Un cas de lithiase bronchique avec paralysie du nerf laryngé inférieur*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 25. 18 Juin 1933). — S. relate l'observation d'un homme de 73 ans, qui fut atteint, quelques mois après un traumatisme, ayant déterminé une fracture de plusieurs côtes, de paralysie du nerf laryngé inférieur. Un an plus tard s'est installée une toux rebelle. Les radiographies faites à ce moment ont révélé l'existence d'un véritable semis d'ombres irrégulièrement distribuées. L'hypothèse d'un néoplasme pulmonaire fut envisagée.

Cependant, l'évolution de la maladie était extrêmement bénigne et ce n'est que 10 ans plus tard seulement que le malade eut des hémoptisies et deux ans plus tard encore qu'il s'aperçut qu'il expectorait fréquemment de petits calculs. Cet état dure depuis 7 ans sans changement et le malade conserve un état général parfait.

S. suppose qu'étiologiquement on peut rattacher cette lithiase bronchique à un état catarrhal local, non spécifique et que le traumatisme a agi en provoquant l'ébranlement des calculs dans leurs loges et a facilité ainsi leur arrachement des tissus environnants et leur expulsion.

Ce cas mériterait le nom de « lithoptoe », son interprétation clinique est difficile.

Fribourg-Blanc.

J. Sosin. ***Contribution à la question de la pluralité des cancers primaires chez le même individu*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 26, 25 Juin 1933). — S. relate l'observation d'un homme de 55 ans, chez lequel on a été amené à poser le diagnostic clinique de carcinome de la bronche gauche avec métastase hépatique et d'un carcinome laryngé. L'évolution fut très rapide. L'examen histo-pathologique des tumeurs a révélé d'une part l'existence d'un carcinome à petites cellules rondes de la bronche gauche avec envahissement des ganglions du voisinage et une métastase hépatique. Par contre, la tumeur laryngée est un carcinome à cellules plates. Elle n'a donné lieu à aucune métastase.

Au point de vue étiologique, S. souligne chez son malade l'abus du tabac. Il est impossible de déterminer laquelle des deux tumeurs a été la première en date. Il semble cependant que leurs débuts ont été rapprochés. Ces débuts presque simultanés et l'atteinte du même appareil par deux tumeurs ayant des caractères morphologiques différents semblent indiquer cependant une étiologie commune.

Fribourg-Blanc.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

P. Tomesco, Al. Vasilesco et **Ionesco-Bucsani.** ***Le syndrome catatonique par insuffisance ovarienne*** (*Romania medicala*, t. XI, n°s 15-16). — La catatonie décrite par Kahlbaum et englobée par Kraepelin dans le cadre des schizophrénies catatoniques est considérée comme un syndrome morbide, d'étiologie variée. Claude, Obregia, Parhon, Young et Baruk ont rapporté des études cliniques et de laboratoire, de grande valeur. Parmi les causes qui peuvent donner la catatonie, il faut noter les dysfonctions glandulaires. Les auteurs publient l'observation d'un cas de catatonie par insuffisance ovarienne, dont l'intérêt est qu'il soulève l'étiologie des dyscrynies pubérales dans l'étiologie de la schizophrénie.

Les recherches physiologiques ont mis en évidence l'identité des phénomènes végétatifs que l'on constate dans le syndrome catatonique symptomatique et dans la schizophrénie catatonique. Les troubles de la circulation périphérique dans la catatonie jouent, à coup sûr, un rôle important dans la genèse des troubles psychiques, car il y a probablement synchronisme entre la circulation périphérique et cérébrale. Enfin, ils ont étudié les réactions émotionnelles qui se sont modifiées parallèlement avec l'évolution du syndrome.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans. Dans ses antécédents, on ne relève aucune affection importante; elle fut dès son enfance taciturne, docile, peu sociable (tempérament schizoïde). Les symptômes mentaux ont été précédés d'un état fébrile avec anxiété, bourdonnements d'oreille et ultérieurement s'installa une dépression mélancolique avec anxiété et impulsions de fugue.

A l'examen physique, les organes paraissent normaux. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

L'examen psychique de la malade révèle une dépression marquée; le masque est immobile, figé. Au point de vue mental, elle présente une dépression mélancolique avec anxiété transitoire pendant laquelle on note des phénomènes d'instabilité motrice. L'idéation est très réduite. Les réponses sont courtes, monotones, caractérisées par un certain négativisme. L'attention provoquée ne dure pas longtemps. L'émotivité parfois dépressive.

Rapidement, s'installe un syndrome de catatonie avec prédominance des phénomènes de passivité; l'expression est figée. La malade garde toutes les positions qu'on lui donne. Elle n'a aucune initiative et ses réponses sont imprégnées d'un négativisme typique. On constate de l'hypotonie musculaire et des troubles vaso-moteurs. Les extrémités sont froides et violacées. Deux mois plus tard la flexibilité céreuse se transforme en rigidité musculaire.

Le *traitement appliqué* est à la base une thérapeutique endocrinienne ovarienne associée à l'hétéro-hémothérapie (les injections de sang furent prélevées de diverses malades en période menstruelle et l'on associa aussi le lobe antérieur d'hypophyse). Ce traitement fut suivi pendant 4 mois sans grande amélioration. Mais le 5e mois, le syndrome de catatonie s'améliora quand, pour la première fois, la menstruation reparut. La malade vit tous les symptômes s'amender, mais elle garda le tempérament schizoïde.

Ce cas qui rapporte un syndrome de catatonie démontre l'*origine ovarienne* réelle, car il s'installe à la puberté peu de temps après l'établissement de la menstruation. Le traitement opothérapique fut intense et prolongé. Par la suite, les règles se succédèrent régulièrement, l'ovaire ayant repris ses fonctions normales. Les aménorrhées qui surviennent au cours des psychoses sont connues et assez fréquentes.

Dans le cas cité, le rapport entre le syndrome psychique et l'insuffisance ovarienne est évident. Il faut aussi noter le tempérament schizoïde existant depuis l'enfance. C'est pourquoi le retentissement sur le système nerveux central est si important.

T., V. et I.-B. ont étudié en même temps les troubles circulatoires périphériques; à la rigidité des muscles volontaires correspond une rigidité de la musculature organique. La couche pléthysmographique montre des amplitudes faibles augmentant et devenant normales par la suite du traitement. Il résulte que la catatonie schizophrénique de même que le syndrome catatonique symptomatique peut se manifester par trois catégories de symptômes : 1° troubles du système nerveux de relation; 2° troubles végétatifs, et 3° troubles psychiques.

T., V. et I.-B. croient, comme l'a écrit Binet, que les troubles circulatoires périphériques sont concomitants avec ceux cérébraux.

T., V. et I.-B. concluent en soulignant que parmi les troubles psychiques, les troubles affectifs et l'indifférence émotionnelle sont les plus importants.

HENRI KRAUTER.

BUCURESTI MEDICAL

Em. Paulian. ***Psychose anxieuse fébrile rappelant la confusion mentale et guérie par le sérum colibacillaire de Vincent*** (*Bucuresti medical*, t. V, 31 Mars 1933). — P. cite l'observation d'une parturiente qui présente un tableau clinique de confusion mentale, dix jours après l'accouchement.

Ataxo-adynamique, au facies figé, elle présentait des mouvements carphologiques. Impassible, elle présentait des moments de grande anxiété avec refus d'alimentation. Enfin un état d'agitation s'installa avec gâtisme et insomnie. Ce tableau de confusion mentale s'accompagnait d'un état subfébrile (37°1-37°4).

L'auto-vaccin colibacillaire ne produisit aucune amélioration.

Le sérum colibacillaire de Vincent guérit en 10 jours la malade, la fièvre disparut rapidement et l'état mental comme l'état physique furent rétablis.

P. conseille, en présence du colibacille dans les urines, de faire du sérum de Vincent dans tous les cas de psychose fébrile. HENRI KRAUTER.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Lausanne)

E. Ramel (Lausanne). ***Pathogénèse du complexus dit variqueux*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. LIII, n° 8, 25 Juin 1933). — Sous le nom de « complexus » dit variqueux, il faut entendre les altérations des veines constituant les varices ainsi que l'ensemble des manifestations pathologiques, inflammatoires ou trophiques qui peuvent les accompagner, sans préjuger que ces lésions soient la conséquence inévitable de varices préexistantes.

Chez la plupart des variqueux, on trouve une prédisposition héréditaire, directe ou collatérale (18 fois sur 32 variqueux cette prédisposition se manifestait chez les ascendants par la présence de varices sans ulcères). L'insuffisance valvulaire joue un rôle important dans l'aggravation de l'état variqueux préexistant, mais la théorie mécanique des varices a contre elle des objections précises qu'il est difficile de faire jouer aux facteurs hydrostatiques le premier rôle. On est obligé de revenir à l'hypothèse d'une insuffisance constitutionnelle des tissus conjonctifs. L'influence des maladies infectieuses sur le développement des varices n'est pas niable, mais ce facteur ne peut être invoqué dans tous les cas. La fréquence des varices chez la femme durant la grossesse et l'observation clinique permet d'incriminer entre autres causes, à l'origine des varices, une insuffisance glandulaire portant sur les sécrétions de l'ovaire et de l'hypophyse.

Les complications des varices sont de deux ordres : les unes en sont la conséquence directe comme les thromboses, les varico-phlébites, les ruptures de varices et leur pathogénie est claire; les autres : altérations cutanées à la fois trophiques et inflammatoires, comme la dermite pigmentée et purpurique, les lymphangites en nappes, les cellulites infectieuses, l'eczématisation, les ulcères chroniques de jambes sont de pathogénie beaucoup plus discutée. Un examen minutieux de 152 cas de complexus variqueux ulcérés fait mettre en doute par R. la corrélation entre les varices et les ulcères de jambe. Une fois sur 4, on a noté l'apparition simultanée d'ulcères et de varices; chez 29 variqueux, 20 ans et plus se sont écoulés avant l'apparition de l'ulcère; enfin dans 5 cas, des ulcères se sont formés sur des jambes cliniquement indemnes, précédant de plusieurs années le développement des varices.

Dans 7,6 pour 100 des cas seulement, on a pu mettre en évidence une syphilis ou une réaction de B.-W. positive. Sur 264 ulcères de jambes, 9 seulement présentaient une hyperglycémie supérieure à la normale; 2 seulement avaient connaissance d'un diabète antérieur. Par contre, les troubles cardiaques sont beaucoup moins rares, on a trouvé 22 cas d'asystolie grave et 102 cas de troubles cardiaques légers.

Le traitement des varices par des injections sclérosantes a supplanté en partie les autres méthodes chirurgicales. L'ozonothérapie semble être une méthode efficace; dans les cas rebelles, on pourra s'adresser aux greffes épidermiques.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

C. Semb et **A. Berg.** ***Recherches sur la pression sanguine après les opérations abdominales*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. LXXIII, n° 26, 1933). — Pour avoir une idée des troubles circulatoires que peuvent engendrer les opérations chirurgicales sur l'abdomen, S. et B. ont mesuré quotidiennement la pression artérielle de 134 malades, soit le jour, à l'heure où la pression artérielle est supposée maximum, soit la nuit, où la pression est probablement minimum. D'une façon générale, après les opérations, il y a une élévation de la pression sanguine, fréquente le jour, constante la nuit et un rapport anormal entre les pressions diurne et nocturne, la chute normale de la tension durant la nuit étant réduite ou entièrement absente.

Le jour, dans 34 pour 100 des cas, la courbe de tension était relativement peu altérée; dans 60 pour 100 des cas, il y a une élévation de la tension les premiers jours après l'opération; enfin, dans 6 pour 100 des cas, une baisse primaire de la tension artérielle. Dans quelques cas, après la première élévation, il y a une chute secondaire, puis de nouveau, élévation.

La tension artérielle nocturne a été constamment plus élevée que normalement pendant les premières nuits qui suivent l'opération; de ce fait, l'écart entre les tensions diurne et nocturne disparaît ou se présente en sens inverse.

L'ensemble des courbes de tension diurne et nocturne constitue la réaction totale de la tension artérielle à une intervention sur l'abdomen. Dans les opérations simples sans complications, il y a une tendance nette à une élévation de la tension artérielle, tandis que dans les cas compliqués, il y a plutôt tendance à la baisse de la pression diurne.

Les réactions de la tension artérielle sont souvent en rapport avec l'état fonctionnel de l'intestin. L'élévation de la tension artérielle, notamment de la tension nocturne, est presque toujours parallèle aux troubles post-opératoires de la fonction intestinale. L'iléus mécanique de l'intestin, la péritonite avec paralysie ont une action analogue.

Ces altérations de la pression sanguine ont une certaine analogie avec l'hypertonie manifeste ou latente de Müller et des phénomènes semblables ont été observés dans des cas d'insuffisance cardiaque. Elles sont l'expression d'une perturbation cardio-vasculaire pendant la période post-opératoire due à un trouble de coordination vaso-motrice et notamment à une stase circulatoire dans les veines périphériques et splanchniques.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

J. Lhermitte. ***Le signe de la décharge électrique dans les maladies de la moelle épinière. Sa signification séméiologique*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVI, n° 58, 22 Juillet 1933). — Les sensations à types de décharges électriques sont entourées de caractères très personnels. Généralement, à la suite d'un mouvement qui demande pour sa réalisation la flexion de la tête, l'inclinaison de la nuque en avant, le sujet éprouve d'une manière inopinée et soudaine une sensation pénible, douloureuse même, une vibration qui parcourt en éclair l'épine dorsale du cou au coccyx et irradie souvent dans les membres.

La commotion médullaire, et tout spécialement l'ébranlement traumatique de la moelle cervicale, constitue un facteur extrêmement favorable à l'apparition du phénomène. Les sensations électriques ne sont pas l'apanage des commotions sévères de la moelle, elles apparaissent avec prédilection chez les « petits commotionnés cervicaux ».

Ce trouble de la sensibilité subjective se montre assez fréquemment dans la sclérose en plaques à ses débuts. On trouve encore ces sensations électriques dans les scléroses combinées de la moelle. Elles ne sont donc pas l'apanage d'une maladie déterminée, elles semblent plutôt correspondre à un type spécial d'altération des fibres nerveuses des faisceaux spinaux. Il est impossible de démontrer que la cause réelle des sensations électriques réside tout entière dans le dépouillement des axones de leur gaine protectrice, mais cette explication cadre admirablement avec les faits, car ces sensations apparaissent toujours dans les cas où la moelle épinière, surtout dans ses segments cervicaux, est atteinte de démyélinisation récente.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS

Laignel-Lavastine et **N. T. Koressios.** ***Traitement des algies cancéreuses par le venin de cobra*** (*Journal de Médecine de Paris*, t. LIII, n° 30, 27 Juillet 1933). — Le venin de serpent a été de tout temps considéré par les homéopathes comme un analgésique du système nerveux; il est en général utilisé par eux à la dose de 1 millionième de milligramme.

Une vingtaine de cas d'algies cancéreuses ont été traités par des injections de venin de cobra à la dose de 1/10 de milligramme dilué dans 2 cmc d'eau distillée. Le traitement provoque dans la plupart des cas des phénomènes de réactivation passagère de la douleur suivie de sédation. L'action est assez durable; il suffit en général d'une injection tous les 8 à 10 jours pour maintenir le malade sans douleur. Ce traitement a permis de supprimer la morphine chez des cancéreux inopérables. Les observations rapportées concernent un cancer du sein, un cancer métastasique de la colonne vertébrale, un cancer généralisé de l'abdomen inopérable, et un de la face postérieure de l'estomac; ces malades, après une exacerbation de leurs douleurs et dans quelques cas une légère poussée fébrile, ont vu celles-ci diminuer sous l'influence des injections de venin de cobra.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

L. Caussade et **P. Michon** (Nancy). ***L'ictus laryngé non tabétique*** (*Le Progrès médical*, n° 27, 8 Juillet 1933). — L'ictus laryngé a une symptomatologie d'une remarquable constance: une sensation d'intense chatouillement, ou picotement, laryngé provoque une quinte de toux incoercible au cours de laquelle le malade, ou bien se cyanose ou bien pâlit et, brusquement sans prodromes, s'affaisse sans connaisasnce. Il n'y a ni morsure de la langue, ni spume, ni miction involontaire, quelquefois des convulsions des membres ont été observées. La période d'inconscience totale ne dépasse pas quelques secondes, puis le malade revient à lui sans aucun souvenir de ce qui s'est passé. L'ictus laryngé est donc bien différent d'une lipothymie, d'un vertige, d'une syncope, d'un œdème ou d'un spasme glottique.

C. et M. rapportent 5 observations où des ictus laryngés sont apparus sporadiquement, sans être déterminés par une complication et sans en entraîner, chez des hommes entre 38 et 62 ans ne présentant aucune signe de tabes et tous porteurs d'affections respiratoires chroniques: bronchites et emphysème, laryngite chronique ou tuberculose.

Le mécanisme de l'ictus laryngé est encore obscur; le point de départ est respiratoire et le système nerveux, notamment le pneumogastrique, semble jouer un rôle important. Les facteurs généraux de sclérose, comme l'intoxication alcoolique et les troubles diathésiques divers, obésité, diabète, hypertension, sont souvent retrouvés dans l'étiologie. Ce sont les calmants du vague, notamment la belladone, qui semblent être les agents thérapeutiques les plus efficaces. L'ictus laryngé non tabétique, à part les dangers inhérents à toute perte de connaissance soudaine et totale, est de pronostic très bénin. On n'en connaît pas de cas mortel; aucune complication, aucune séquelle n'est à redouter.

Robert Clément.

R. Porak. ***La thermométrie appliquée à la sexologie*** (*Le Progrès médical*, n° 27, 8 Juillet 1933). — La température de l'homme peut être influencée par une cause psychique. Les impressions affectives très diverses de notre vie freinent ou accélèrent le rythme thermique quotidien: parmi ces causes affectives, les préoccupations sexuelles sont celles qui ont la répercussion thermique la plus nette. La contraction, l'érection et l'éjaculation s'accompagnent de modifications thermiques variables suivant l'état sthénique ou asthénique de l'individu. En dehors du coït, les impressions visuelles, l'attente soulèvent à elles seules le démarrage thermique.

Le rythme thermique n'est pas le seul influencé par les événements de la vie sexuelle; le rythme cardiaque, le rythme respiratoire et le débit urinaire sont également modifiés.

Cette traduction physiologique des impressions psychiques ne doit pas être négligée et les événements de la vie sexuelle incorporés dans une observation psycho-physiologique complète.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

L. Bérard et **P. Mallet-Guy.** ***Le syndrome d'hyperkynésie vésiculaire des sténoses juxta-vatériennes incomplètes du cholédoque (Vésicule biliaire intolérante)*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLII, n° 2, Août 1933]. — Avec Savy, Bérard et Mallet-Guy, en 1928, étudiant le mécanisme de la douleur observée dans les syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques regardés comme liés à l'existence d'une vésicule de stase, ont identifié un type très particulier de reaction motrice des voies biliaires, *la vésicule intolérante*, causée par un état de sténose incomplète juxta-vatérienne du cholédoque.

Cette vésicule intolérante n'est pas une vésicule de stase, une vésicule distendue. La cholécystostomie fait cesser ses douleurs et ses troubles fonctionnels, mais l'injection de lipiodol par la fistule biliaire ainsi établie, dès les premiers centimètres cubes, provoque la réapparition de la douleur et détermine des contractions vésiculaires énergiques qui ne laissent pas à la vésicule le temps nécessaire à sa réplétion. Par contre, la voie biliaire principale se dilate en même temps que s'injectent les arborisations intrahépatiques. La preuve est ainsi donnée de la présence d'un obstacle relatif, étranglant la partie basse du cholédoque.

Après avoir résumé les 5 observations qu'ils ont fait paraître jusqu'ici, B. et M.-G. rappellent que Schöndube, Chiray et Lomon, Bufano, ont, eux aussi, publié depuis des faits d'hyperkynésie vésiculaire. Ils reconnaissent que ces découvertes de l'exploration lipiodolée des cholécystostomies ne peuvent encore être rattachées, ni à des signes cliniques, ni à des résultats de tubage duodénal ou d'épreuves bien définis.

Admettant, par contre, comme bien démontré, qu'à la base de certains syndromes vésiculaires existe un état d'hyperkynésie de la vésicule biliaire, ils recherchent la nature de l'obstacle cholédocien, cause du syndrome douloureux et des signes radiologiques caractéristiques observés.

Dans l'observation V, cet obstacle était la compression exercée par une pancréatite au stade initial, alors que la distension ne portait encore que sur le cholédoque. Dans les 4 autres observations, l'obstacle vatérien reste hypothétique.

L'hypothèse d'un spasme sphinctérien essentiel par déséquilibre vago-sympathique, émise par Zander et Lick, admise par Schöndube et Bufano, n'a pas été confirmée par les recherches expérimentales de Mallet-Guy et Ponthus, et B. et M.-G. admettent la réalité d'une lésion locale, probablement inflammatoire, avec réaction spasmodique secondaire : la cholédoco-odditite de del Valle et Donovan.

Au point de vue thérapeutique, la cholécystectomie, indiquée pour la vésicule de stase, est ici dangereuse et c'est la cholécystostomie qui, après avoir assuré la disparition des phénomènes douloureux, permet l'exploration lipiodolée révélatrice de l'intolérance vésiculaire. Si le traitement antispasmodique ne triomphe pas ensuite de l'obstacle vatérien, la fistule biliaire cutanée persistante sera traitée à son tour par une cholécystogastrostomie. Le traitement logique, levant l'obstacle vatérien par dilatation, drainage transvatérien du cholédoque, après section du sphincter d'Oddi, paraît trop dangereux pour être conseillé.

P. Grisel.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

Auguste Cassute (Rome). ***Plaidoyer en faveur du traitement non sanglant de la tuberculose génitale de l'homme. La méthode de Durante, primauté italienne*** (*Journal d'Urologie*, t. XXXV, n° 4, Avril 1933). — Les résultats éloignés des opérations sanglantes pour tuberculose de l'épididyme sont loin d'être aussi favorables que leurs résultats immédiats: le malade garde souvent une fistule. On voit parfois se développer de nouveaux foyers de tuberculose soit dans l'autre testicule, soit dans les poumons, soit dans les méninges.

La méthode de Durante (1891-1894) est capable de guérir « presque jusqu'à la restitution *ad integrum* » les épididymes très malades, de tarir les fistules, de cicatriser les ulcérations spécifiques.

Cette méthode consiste à pratiquer dans toute l'étendue des zones malades de petites injections de la solution suivante :

Iode métallique	0 gr. 01 à 0 gr. 02
Iodure de potassium	0 gr. 01 à 0 gr. 02
Gaïacol	0 gr. 04 à 0 gr. 05
Eau distillée	1 cmc

On infiltre uniformément, par une série de petites injections de quelques gouttes chacune, toute la partie atteinte, sans étrangler les tissus. On injecte ainsi 1/2 à 1 cmc par séance. Ces séances sont renouvelées à raison de 1 à 2 par semaine, pendant un temps de 1 à 6 mois, y compris les périodes de repos (1 ou 2 semaines par mois). S'il y a un abcès froid, on le vide et on y injecte de la glycérine iodoformée à 5 ou 10 pour 100. Les injections d'abord douloureuses cessent bientôt de l'être. On pourrait dans les tuberculoses bilatérales voir même reparaître la fécondité.

C. applique le même traitement (1 à 2 cmc au plus par séance) aux noyaux prostatiques et vésiculaires, par voie transpérinéale, sous le contrôle du doigt rectal.

C. estime qu'il est temps d'accorder à la méthode de Durante la place qu'elle mérite et d'en généraliser l'emploi.

G. Wolfromm.

Wolgensinger (Nancy). ***Bacillose rénale masquée et fausse bacillose rénale*** (*Journal d'Urologie*, t. XXXV, n° 4, Avril 1933). — Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° L'existence d'une pyélonéphrite d'origine intestinale n'exclut pas la possibilité d'une bacillose rénale.

2° Certaines pyélonéphrites d'origine intestinale évoluent avec des symptômes qui paraissent caractéristiques de la bacillose rénale. Le syndrome entéro-rénal ne se révèle que par la présence de l'entérocoque, microbe intestinal.

3° Dans les deux cas, le diagnostic est toujours difficile, l'examen urinaire le plus complet doit être mis en œuvre.

4° Dans tout syndrome entéro-rénal, il faut pratiquer en même temps que la recherche des microbes intestinaux celle du bacille de Koch.

5° Si on trouve exclusivement de l'entérocoque, il convient, avant tout et quelle que soit la symptomatologie, d'instituer l'épreuve du traitement auto-vaccinal.

Ce travail s'appuie sur deux observations de tuberculose rénale masquée et quatre observations de fausse bacillose rénale.

G. Wolfromm.

F. Legueu et **B. Fey**. ***Importance de la chlorémie en chirurgie*** (*Journal d'Urologie*, t. XXXVI, n° 1, Juillet 1933). — On a bien exagéré les méfaits de la rétention chlorurée et c'est le grand mérite de Blum, de Strasbourg, en découvrant l'*azotémie par manque de sel*, d'avoir montré les méfaits de la perte des chlorures. De divers côtés ces méfaits ont été reconnus, tant par les médecins que par les chirurgiens.

« Le choc opératoire détermine constamment une hypochlorémie. » La conséquence de cette hypochlorémie est, suivant la façon dont se comporte le rein du malade, une *pointe d'azotémie passagère* ou une véritable *néphrite fonctionnelle.*

Chaque opération provoque les phénomènes suivants :

1° Une *oligurie* par rétention d'eau.

2° Une *hyperazotémie* due à la mise en circulation de substances azotées par l'« urogénèse histolytique » (Ameuille).

3° Une *hypochlorémie* (traduite fidèlement par l'abaissement du rapport

$$\left(\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}\right)$$

due à une fixation du chlore dans les tissus traumatisés par l'opération (Legueu, Fey, Palazzoli et M[lle] Lebert).

On améliore beaucoup les suites opératoires en recourant à des injections salines. Mais on ne peut employer les injections de sérum hypertonique que si l'on est sûr que l'organisme manque bien de chlorure de sodium.

Toute opération doit donc être précédée et suivie d'une détermination du rapport des deux chlores si l'on veut pouvoir tirer de la thérapeutique par le sel, sans inconvénients pour les malades, tous les bénéfices qu'elle peut donner. On tirera de ces dosages du chlore plus de renseignements thérapeutiques que du dosage de l'urée sanguine.

G. Wolfromm.

E. Jeanbrau (Montpellier). ***L'avenir de la pyélographie en position debout*** (*Journal d'Urologie*, t. XXXVI, n° 1, Juillet 1933). — J. publie quelques pyélogrammes très éloquents montrant comment la pyélographie (ascendante) en position verticale peut seule révéler le vrai degré de la ptose rénale et des coudures urétérales qu'elle entraîne.

Les diagnostics de lithiase, de tuberculose et de néoplasme écartés, la pyélographie en position verticale doit devenir le complément de toute exploration rénale.

Des tables radiologiques spéciales oscillantes facilitent grandement la prise de ces pyélogrammes.

G. Wolfromm.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

G. d'Heucqueville. ***Le profil de développement dans la pratique de la neuro-psychiatrie infantile*** (*L'Hygiène mentale*, t. XXVIII, n° 5, Mai 1933). — Depuis quelques années, devenue spécialité médicale autonome, la neuro-psychiatrie (ou mieux neuro-psychologie) infantile a pris une remarquable extension. Elle a obtenu des succès thérapeutiques inattendus et, dans l'ordre social, des réalisations importantes. Mais sa technique clinique, empruntée à la physiologie et à la psychologie de laboratoire, « tests » en particulier, restait inaccessible aux praticiens.

La méthode du « profil de développement » comble cette lacune. 10 à 15 minutes d'examen suffisent désormais, sans que l'on doive employer ni appareil ni manuel spécial. L'interprétation se déduit immédiatement des résultats, ainsi que leur sanction du point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

On fait exécuter au sujet quelques exercices simples, gradués en âges, par exemple : marteler une table aussi vite que possible (en 5 secondes, les sujets normaux frappent 18 coups à 5 ans, 28 à 10, 32 à 15); ou retenir le plus grand nombre possible d'objets sur 20 présentés en 20 secondes (les normaux retiennent 6 objets à 6 ans, 10 à 10 ans, soit 1 par année d'âge entre 6 et 15 ans).

Les résultats obtenus dans les 7 épreuves s'inscrivent par un point chacun sur les échelles correspondantes, portées au dos de la fiche médicale de l'enfant. La courbe de ces points constitue le profil de développement. Chaque type d'anomalie se traduit par une forme particulière du profil, comme chaque maladie aiguë se caractérise par sa courbe thermique.

L'article de notre confrère d'Heucqueville est des plus intéressants; il met parfaitement au point la question des « tests », mais le problème principal est le suivant : les tests sont-ils suffisants pour faire connaître vraiment la mentalité d'un enfant et pour permettre de porter un pronostic sur son avenir ?

P. Desfosses.

L'ODONTOLOGIE
(Paris)

Professeur **Sébileau.** ***Accidents de la ponction transméatique irrigatoire du sinus maxillaire*** (*Odontologie*, t. LXXI, n° 7, Juillet 1933). — La ponction transméatique irrigatoire peut entraîner, à titre exceptionnel, des accidents. Ils sont dus, soit à l'existence d'une paroi si mince que le praticien n'étant pas averti par la moindre résistance poursuit son chemin jusqu'à ce qu'il rencontre un plan résistant, soit, au contraire à l'existence d'une paroi anormalement épaisse : « le praticien fait effort contre elle, en triomphe subitement, traverse l'antre et vient buter contre une autre paroi ».

S. décrit, avec exemples à l'appui, les conséquences qui en résultent : hématome diffus ou œdème fugace de la joue, phlegmons de la région jugale antérieure, de la région jugale postérieure pouvant s'accompagner d'ostéite diffuse de la branche montante, de thrombo-phlébite des sinus, de paralysie faciale, de phlegmon de l'orbite. Il rapporte un cas d'intoxication mortelle après injection de nitrate d'argent.

Pour expliquer ces faits, S. a pratiqué, avec Grivot et Halphen, des recherches expérimentales sur 21 pièces. L'insertion du malaire sur le maxillaire supérieur divise en 2 parties la face postérieure de la tubérosité; ce qui est infra-malaire répond à la région jugale, à la boule graisseuse de Bichat, ce qui est rétro-malaire appartient à la fosse ptérygo-maxillaire. L'extériorisation des lésions de cette région se fait dans la région parotido-massétérine.

Les perforations n'ont jamais intéressé la paroi antéro-externe ou la paroi supérieure du sinus. Elles ont toujours porté sur la face postérieure de l'antre, à des hauteurs variables et dans le sens horizontal toujours en dehors du ptérygoïdien externe.

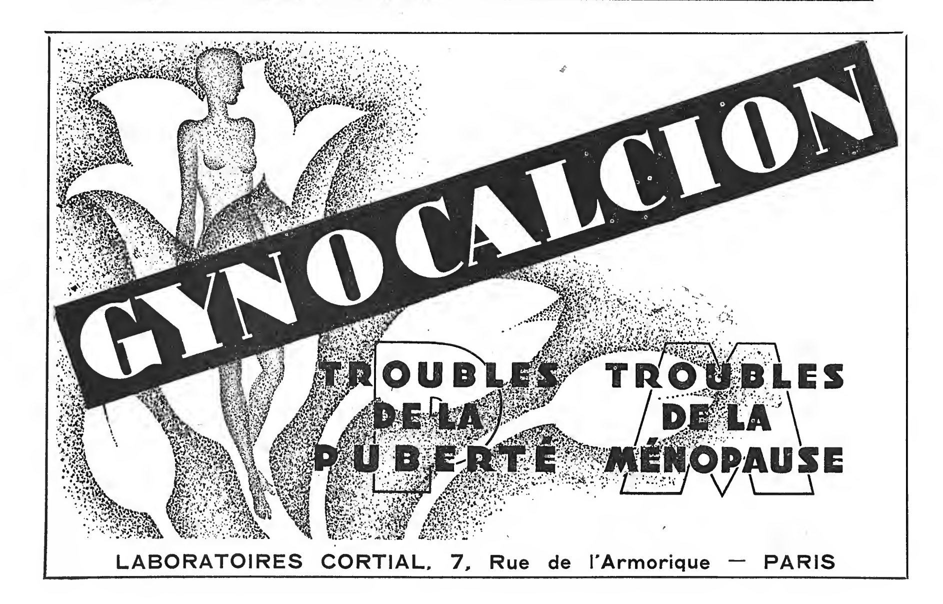
Dans les perforations atteignant la fosse ptérygo-maxillaire, le plexus veineux ptérygoïdien est toujours intéressé, « l'infiltration de la région ptérygoïdienne correspond dans ces cas à une véritable injection intraveineuse ».

C. Ruppe.

LYON MÉDICAL

Ch. Roubier et **M. Plauchu.** ***Sur certains aspects radiographiques de l'œdème pulmonaire chez les cardio-rénaux. (Contribution à l'étude radiologique du poumon cardiaque.)*** [*Lyon Médical*, t. CLII, n° 32, 6 Août 1933]. — Les images radiologiques constatées par R. et P. chez 2 malades sont un peu différentes des descriptions antérieures de l'aspect radiologique du poumon cardiaque. Chez un homme de 35 ans, ayant eu autrefois un abcès froid thoracique et des bronchites à répétition, atteint de tuberculose rénale à forme de néphrite chronique, la radiographie montrait, outre un gros cœur, un voile diffus nuageux des 2/3 inférieurs des champs pulmonaires constitués à la loupe par un très fin piqueté. Cet aspect granité très fin, bien différent de celui de la granulie, n'était pas généralisé à toute l'étendue des deux poumons, respectait les sommets et les extrêmes bases. Ces aspects seraient dus uniquement à l'infiltration de sérosités dans les alvéoles pulmonaires, seules lésions trouvées à l'autopsie.

La deuxième image vue chez une femme de 41 ans, atteinte de néphrite chronique hypertensive et azotémique avec neurorétinite, péricardite sèche et, à l'autopsie, œdème intense des lobes inférieurs des 2 poumons, surtout à droite, sans tuberculose, est différente. C'est un aspect pommelé ou floconneux localisé au poumon droit. Un examen sommaire du film faisait penser à la tuberculose ou une broncho-pneumonie, alors que rien ne permettait primitivement de penser à ces affections.


GYNOCALCION
TROUBLES DE LA PUBERTÉ
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE

En réalité, l'opacité n'était pas très prononcée, moins dense que dans les lésions tuberculeuses; elle respectait complètement le sommet; elle n'occupait pas toute la largeur transversale de l'hémithorax en cause, laissant entre elle et la ligne axillaire une zone claire.

Les aspects radiographiques fournis par l'œdème pulmonaire et par les processus vasculaires du poumon cardiaque sont donc multiples et variés.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

L. Bouchut, H. Weigert et **Pichat.** ***Le syndrome d'occlusion intestinale dans l'urémie*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIV, n° 326, 5 Août 1933). — Chez un homme de 40 ans atteint de néphrite chronique hypertensive et albuminurique, avec 1 gr. 50 d'urée dans le sang, de violentes crises de coliques abdominales avec constipation absolue et météorisme, mais sans vomissements, apparurent. On aurait pu croire à une occlusion intestinale, mais spontanément, avec de la glace et des injections de sérum glucosé, les phénomènes s'estompèrent en l'espace d'une dizaine de jours. La mort étant survenue quelques jours après, l'autopsie permit de constater qu'il n'y avait rien d'anormal du côté de l'intestin.

Cette forme rare de l'urémie digestive doit être connue. Si le malade est porteur d'une néphrite chronique azotémique, le diagnostic de pseudo-occlusion d'origine urémique est relativement facile; par contre, si la néphrite était jusque-là ignorée, toutes les erreurs sont possibles. L'absence de vomissements fécaloïdes, le météorisme plus discret, la distension générale des anses intestinales sans ondes péristaltiques vraies, l'absence de contractures de défense sont des nuances sur lesquelles il est bien difficile de baser un diagnostic. L'albuminurie n'apparaît pas comme un argument suffisant, seule la constatation d'une forte azotémie permet d'envisager une pseudo-occlusion urémique.

La pathogénie est très obscure; on peut supposer que les substances toxiques éliminées, qui engendrent habituellement de la diarrhée, déterminent parfois un violent et durable spasme intestinal, à moins qu'il ne s'agisse d'une action directe sur les centres médullaires ou les plexus nerveux.

Le traitement médical suffit pour éloigner les symptômes menaçants et évite une inutile laparotomie, dangereuse en raison de l'état humoral du malade.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Br. Bloch et **H. Stauffer.** ***L'action du goudron cancérogène sur la ponte et sur la progéniture chez les poules (apparition d'une tumeur maligne dans la seconde génération)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 27, 8 Juillet 1933]. — Il a été déjà constaté que le goudron a une action nocive sur les fonctions de reproduction. B. et S. ont précisé la question en étudiant la ponte chez une série de poules dont les unes étaient traitées par des injections, pratiquées toutes les semaines ou tous les quinze jours, de 1 et plus tard de 0,5 cmc d'une émulsion de goudron à 50 pour 100. On a constaté chez les poules ainsi traitées, par rapport aux contrôles, que la saison de la ponte est fortement raccourcie et qu'en moyenne elle ne donne que 23 œufs par animal contre 128 chez les contrôles. Des poules auxquelles il était injecté une solution inoffensive (solution de gomme) ont donné à peu près autant d'œufs que les contrôles.

Les œufs provenant de poules traitées par le goudron ont donné des poulets 27 fois sur 100 contre 67 fois sur 100 avec les œufs de contrôle.

Les poulets provenant des poules traitées par le goudron ont présenté un poids légèrement plus faible que les poulets provenant des poules de contrôle. Une fois adultes, ces animaux ont donné une proportion d'œufs plutôt plus élevée que la normale. Mais un nouveau traitement par le goudron a diminué considérablement le nombre d'œufs donnés par ces animaux (230 contre 1.854). Les œufs de cette seconde génération traitée par le goudron se sont montrés encore un peu moins fertiles que ceux de la génération précédente (59 pour 100 d'œufs stériles). D'autre part, deux de ces animaux de la seconde génération ont présenté des tumeurs du type du sarcome fuso-cellulaire. C'est la seconde fois qu'un sarcome serait apparu expérimentalement sous l'influence du goudron.

Enfin, les poulets de la troisième génération présentent un poids très faible et se développent très lentement.

P.-E. Morhardt.

R. Foerster. ***Le diagnostic des affections parasyphilitiques par la constatation d'anticorps cérébraux*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 27, 8 Juillet 1933). — Il a été examiné par F. 130 liquides céphalo-rachidiens et 150 sérums au moyen de 12 extraits différents dont 6 préparés d'après le procédé de Steinfeld et 6 d'après le procédé de Georgi et Fischer.

La technique employée pour la réaction a été à peu près celle qui est utilisée pour faire la réaction de Wassermann. Les constatations ont été les suivantes. Dans 35 cas de paralysie générale non traitée, on a constaté, chaque fois, une réaction positive du liquide céphalo-rachidien pour les deux espèces d'extrait. Dans le sang, la réaction a été positive 20 fois avec l'extrait de Georgi et Fischer et 6 fois avec celui de Steinfeld. Après traitement, les résultats sont modifiés suivant l'importance de la rémission: sur 25 liquides céphalo-rachidiens examinés 9 ont été négatifs pour le Wassermann et 15 pour les deux extraits cérébraux. Le sérum de 13 de ces sujets a présenté 3 fois un certain degré d'inhibition.

Tous les cas de syphilis cérébrale et de tabes ont réagi négativement pour les extraits de cerveau. Sur 30 sérums, donnant une réaction de Wassermann positive sans signe clinique d'affection cérébrale, il s'en est trouvé 3 qui ont réagi plus ou moins positivement avec les extraits de cerveau et 2 autres qui ne manifestaient d'inhibition que pour les extraits acétoniques. Le liquide céphalo-rachidien de 3 de ces cas a été examiné et a donné des résultats négatifs. Il semble donc que les extraits de cerveau donnent avec le liquide céphalo-rachidien une réaction absolument spécifique témoignant d'une affection parasyphilitique. Les réactions positives du sérum doivent par contre être considérées comme non spécifiques.

P.-E. Morhardt.

L. Dünner, B. Ostertag et **S. Thannhauser.** ***Clinique et anatomie pathologique des intoxications insuliniques chroniques chez l'animal*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 27, 8 Juillet 1933). — Au cours de leurs expériences sur l'animal, D., O. et T. se sont efforcés de ne pas provoquer de choc hypoglycémique et de se tenir toujours au-dessous de la dose capable de déclencher des convulsions. Mais la sensibilité de certains animaux est très variable et peut brusquement diminuer, de sorte que des chocs apparaissent toujours.

Au point de vue neurologique, il apparaît régulièrement pendant les premiers jours un certain degré de somnolence et d'indifférence qui disparaît 3 à 5 heures après l'injection d'insuline. Parfois cet état s'accentue et il apparaît des symptômes cérébraux d'irritation corticale: augmentation de la réflectivité, cris encéphalitiques et, parfois, tonus d'extension maximal comme dans la décérébration. Il a été également constaté au bout de 8 semaines d'intoxication, le sucre du sang étant normal, que l'animal pouvait devenir brusquement inconscient et présenter de la respiration profonde.

Les constatations anatomiques ont montré qu'il y avait augmentation de volume du cerveau, lésions dégénératives des cellules ganglionnaires, processus de désintégration des gaines des fibres nerveuses et surtout altérations vasculaires correspondant à l'endartérite observée en cas de polio-encéphalite hémorragique supérieure de Wernicke.

En ce qui concerne les yeux, on a l'impression que les animaux s'orientent exclusivement par l'odorat. On constate en outre de fortes hémorragies de la rétine et une papille légèrement proéminente. Le nerf optique est plus gros et les cordons de fibres plus volumineux. Le foie n'a pas présenté d'altération; les ganglions ont été remarquablement augmentés de volume chez tous les chiens et chez une partie des lapins; les muscles se sont montrés pauvres en glycogène. Un examen histologique de tous les autres organes n'a pas permis de constater de modifications particulières.

Pratiquement, en cas de diabète, il n'est pas administré de doses aussi fortes que celles qui ont été données à ces animaux. De plus, les altérations anatomiques qui surviennent à l'occasion d'un choc hypoglycémique sont mal connues parce que les cas de mort ne sont pas observés. En cas de coma, on donne de très fortes doses d'insuline et parfois la mort survient brusquement quelques jours plus tard. Il n'a pas été jusqu'ici démontré qu'il s'agisse d'une action toxique due à l'insuline. Mais les diabétiques ayant ainsi succombé devraient faire l'objet d'un examen microscopique systématique.

L'insuline est administrée encore en cas de maladie de foie, mais on n'a pas de renseignement sur les inconvénients qui pourraient résulter de cette méthode. De même dans les cures d'engraissement, la prudence s'impose plus du fait de constatations cliniques que du fait de ces constatations expérimentales.

P.-E. Morhardt.

Tomaso Oliaro. ***Symptômes cérébraux en cas d'œdème angioneurotique de Quincke*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 30, 29 Juillet 1933). — L'œdème de Quincke s'accompagne parfois de symptômes cérébraux: fatigue, somnolence, irritabilité, céphalée, ralentissement du pouls, perte de connaissance, convulsions, paralysie de l'oculomoteur, aphasie, ictus apoplectiforme, etc.

O. donne à ce sujet l'observation d'un homme de 46 ans qui, au cours de ces dernières années, a présenté des tuméfactions passagères de la main gauche disparaissant au bout de quelques heures et s'accompagnant de douleurs. Depuis quelques mois, la peau de cette main reste rouge et épaissie d'une façon continue. A plusieurs reprises, le malade a perdu connaissance sans d'ailleurs qu'il y ait eu morsure de la langue, ni vertiges, ni vomissements. L'examen neurologique ne montre rien de très caractéristique. L'examen des capillaires montre qu'au niveau de la main gauche, il y a dilatation, atonie et sinuosités anormales des capillaires. Il faut admettre, dans ces conditions, que ces pertes de connaissance doivent être attribuées au fait que dans le cerveau il s'est passé des phénomènes analogues à ce qui est observé au niveau de la main.

Dans un second cas concernant une femme de 33 ans présentant de temps à autre du gonflement de la paupière supérieure droite, durant 1 à 3 jours, il survient, au cours de ces crises, une sensation de vertige de quelques heures.

P.-E. Morhardt.

Werner Jadassohn et **Fritz Schaaf.** ***Epreuve de Schultz-Dale avec la trichophytine dialysée*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 30, 29 Juillet 1933). — Il paraît extrêmement vraisemblable que l'urticaire peut être déclanchée par des substances non protéiniques. En ce qui concerne l'anaphylaxie, il n'est pas certain jusqu'ici qu'il en soit de même. Effectivement, on admet d'ordinaire que l'épreuve de Schultz-Dale (contractions, au contact de l'antigène, d'un utérus isolé de cobaye sensibilisé) ne peut être déclanchée que par des protéines.

Au cours d'expériences d'anaphylaxie à la trichophytine, on a utilisé une préparation sèche qui contient une proportion d'albumine qui ne doit pas dépasser 0,01 à 0,1 pour 1.000.

En soumettant cette trichophytine à la dialyse, on a pu obtenir un produit débarrassé de protéines qui a donné un résultat positif au cours de l'épreuve de Schultz-Dale chez 2 animaux sur 3 qui avaient été sensibilisés pour la trichophytine.

La trichophytine débarrassée de protéines détermine donc des réactions comme la trichophytine ordinaire. Néanmoins, ces expériences démontrent que pour déclancher le choc anaphylactique, les protéines ne sont pas une condition *sine qua non.* Il faut admettre que l'haptène existe dans la trichophytine dialysée tandis que dans la trichophytine non dialysée on rencontrerait, conformément à la théorie de Landsteiner, l'antigène complet qui serait un peu plus actif.

P.-E. Morhardt.

I. Abelin et **C. I. Parhon.** ***L'emploi thérapeutique de la dibrometyrosine dans les hyperthyroïdies*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 30, 29 Juillet 1933). — Il paraît vraisemblable que le brome joue un rôle dans la physiologie de la thyroïde. D'abord ce médicament est très anciennement utilisé dans les hyperthyroïdies. Ensuite, il est plus abondant dans la thyroïde que dans tous les autres organes. En outre, le taux du brome du sang est l'objet d'une régulation très précise et enfin l'expérience sur l'animal donne des résultats caractéristiques, mais alors il ne s'agit pas simplement de brome, mais de combinaisons spéciales, de dibrometyrosine.

On constate effectivement chez des rats intoxiqués par des préparations thyroïdiennes que la dibrometyrosine empêche le métabolisme de s'élever très haut, la respiration de s'accélérer, les sueurs et la diarrhée d'apparaître. On peut d'ailleurs combiner de diverses façons la dibrometyrosine avec la diiodetyrosine. Cette dernière peut être donnée seule au début puis, au bout d'un certain temps, on peut recourir à la dibrometyrosine seule avec de temps en temps une petite dose de diiodetyrosine.

Un traitement avec les préparations thyroïdiennes peut faire disparaître complètement le glycogène du foie et, dans ces conditions, la dibrometyrosine permet de faire reparaître cette substance dans la proportion de 1 pour 100.

Il y a lieu d'admettre que l'intoxication thyroïdienne est un phénomène très complexe capable de provoquer, d'une part, des troubles du métabolisme et, d'autre part, une intoxication. C'est surtout sur ce dernier groupe de phénomènes qu'agirait la dibrometyrosine. Le métabolisme ne serait amélioré par cette substance que d'une façon secondaire. Chez bien des animaux, le métabolisme de base fut élevé et la diminution du glycogène du foie très importante, malgré l'administration de dibrometyrosine; on a cependant constaté que l'état général était beaucoup meilleur que chez les contrôles.

P.-E. Morhardt.

Maximilian Fischer et **Franz Schick.** ***Bactériologie de la polyarthrite rhumatismale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 31, 5 Août 1933). — F. et S., après avoir sommairement résumé les recherches faites sur la bactériologie de la polyarthrite, remarquent qu'on ne s'est pas jusqu'ici mis d'accord sur le germe. On accuse le plus souvent les streptocoques, mais ceux-ci, et plus spécialement le *streptococcus viridans*, sont extrêmement répandus.

Chez une fillette de 10 ans, qui présente une otite moyenne double, des amygdales rouges, de la chorée légère et qui a eu, 3 ans auparavant, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, on observe le lendemain de l'entrée une élévation de température en même temps que le genou devient extraordinairement douloureux. On recueille du sang qu'on ensemence sur de la substance cérébrale pulpée, sur du bouillon de foie de Leber et sur du bouillon glucosé. Au bout de 3 jours d'incubation, on trouve des colonies dont les unes donnent des bulles de gaz et les autres n'en donnent pas. L'examen au microscope montre des streptocoques en longues chaînes et, à côté de ces germes, des microcoques extrêmement petits gram-négatifs. Ces microcoques produisent du gaz d'une façon inconstante. Ce germe a été recherché dans les dents cariées et dans la bouche des enfants où effectivement on a retrouvé un germe très analogue.

Ce micrococque a été en outre inoculé à 8 cobayes. Dans un ou deux cas, l'articulation du genou paraît avoir été enflammée. Des inoculations dans l'articulation du genou du membre postérieur de lapins ont déterminé, à petites doses, un processus destructeur. Des expériences d'immunisation ont été également pratiquées chez des lapins avec des doses croissantes et on a constaté que le sérum des animaux ainsi traités agglutinait ce micrococcus beaucoup mieux que le sérum témoin. La fixation du complément a été également constatée chez 3 lapins sur 12 qui ont été inoculés avec ce germe.

P.-E. Morhardt.

Hans Ehrenwald. ***Réflexe de tonus photodermique. Ses relations avec la sensibilité et avec l'appareil vestibulaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 31, 5 Août 1933). — E. rappelle les travaux dans lesquels il a montré que l'irradiation des parties latérales du visage et du cou détermine une réaction de déviation des bras étendus horizontalement. Cette réaction se fait quand il s'agit de lumière rouge, dans la direction de la lumière et de l'autre côté quand il s'agit de lumière bleue. Ces phénomènes ont été constatés 86 fois sur 100 sujets examinés. Une source d'erreur est constituée par une exposition antérieure au soleil ou par une épreuve pratiquée moins de 5 à 10 minutes auparavant.

Les troubles de la sensibilité empêchent également cette réaction d'apparaître. Le fait a été constaté en cas de diabète, de foyer pathologique de la protubérance, de névrite, etc.

Il faut admettre, selon E., que ces phénomènes relèvent d'un « sens » de la peau pour les irradiations ou plutôt d'un premier stade d'un sens analogue à la sensibilité pour la lumière observée chez les animaux qui ne possèdent pas d'yeux.

En tout cas, la couleur est appréciée jusqu'à un certain point puisque le rouge et le jaune dévient dans un sens tandis que le bleu et le vert dévient dans l'autre, jaune-vert se montrant indifférent.

Une série de malades, présentant des troubles des fonctions labyrinthiques, a été examinée par E. à ce point de vue. On a ainsi constaté qu'en cas d'élimination opératoire du labyrinthe d'un seul côté, en cas de tumeur de la protubérance avec absence de l'excitabilité labyrinthique et enfin en cas de surdi-mutité avec absence bilatérale de la fonction labyrinthique, la réaction de déviation a manqué suivant les cas, du côté malade ou des deux côtés.

La physiologie du labyrinthe enseigne d'ailleurs que des lavages thermiques du conduit externe de l'oreille peuvent déterminer du nystagmus et des réactions de déviation. Il s'agit là d'un processus réflexe survenant à la suite d'une excitation du trijumeau qui se transmet au labyrinthe et, de là, détermine des variations dans la régulation du tonus. Ainsi, le réflexe de déviation provoqué par les radiations lumineuses constitue également un indicateur de la fonction labyrinthique.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLAT für CHIRURGIE
(Leipzig)

Bœhler (Vienne). ***Sur la prophylaxie de la gangrène gazeuse*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LX, n° 21, 27 Mai 1933). — Il est extrêmement difficile d'apprécier la valeur réelle d'une sérothérapie préventive, comme celle de la gangrène gazeuse. Même après l'expérience de la guerre, il est encore des chirurgiens qui discutent celle de la sérothérapie préventive du tétanos. Dans les résultats obtenus, il n'est guère possible de faire la part de ce qui revient au traitement direct de la plaie (débridement et excision, ablation des corps étrangers) et de ce qui revient à l'injection prophylactique; la prudence me paraît d'associer ces deux méthodes. Et, sur un tel sujet, on peut donner des impressions plus que des preuves scientifiques. Sans nul doute, le traitement immédiat et rationnel de la plaie a-t-il le premier rôle dans la prévention des accidents infectieux de tout ordre; mais il me semble que l'on n'est pas en droit de négliger les sérothérapies prophylactiques: l'efficacité de la sérothérapie antitétanique est indiscutable, quoi qu'on en ait dit; celle de la sérothérapie antigangreneuse est peut-être moins nettement établie, et les divergences d'opinions sont plus admissibles (pour ma part, j'en reste partisan après ce que j'en ai vu pendant et depuis la guerre).

B. est adversaire résolu de la sérothérapie antigangreneuse: il ne l'a jamais employée et sur 20.000 blessés (dont 253 avaient des fractures ouvertes des grands os des membres, et plus de 100 des blessures articulaires, ce qui prouve que dans cette énorme statistique il entre beaucoup de petits traumatismes, pour lesquels il n'y avait guère risque de gangrène gazeuse), il n'a vu que 2 cas de gangrène gazeuse, terminés, l'un par l'amputation, l'autre par la mort. Dans ces deux cas, d'ailleurs, il y avait une grave lésion artérielle (rupture de la poplitée dans un cas, de la tibiale antérieure dans l'autre), et B. a parfaitement raison de dire que, lorsque la circulation est compromise par une lésion de cet ordre, il n'est pas de sérum qui puisse empêcher le développement de la gangrène et que seule l'amputation est alors indiquée.

De même, ne peut-on qu'approuver l'importance que B. attache au traitement immédiat de la plaie; c'est à la perfection de ce traitement qu'il doit les beaux résultats qu'il apporte. Mais ceci ne prouve pas l'inutilité de toute sérothérapie, et il est difficile de suivre B. lorsqu'il met en doute la valeur, non seulement de la sérothérapie antigangreneuse, mais aussi de la sérothérapie antitétanique (qu'il emploie cependant chez un tiers ? de ses blessés) et de la sérothérapie antidiphtérique.

Ch. Lenormant.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG
(Leipzig et Dresde)

A. E. Sitsen et **G. H. Bartsch.** ***A propos de la fréquence des thromboses et des embolies*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXV, n° 17, 1er Septembre 1933). — Dans la plupart des pays européens on prétend avoir constaté depuis la guerre une recrudescence continue des thromboses

et des embolies. S. et B. se fondant sur la documentation de l'Institut anatomo-pathologique d'Innsbruck s'étendant de 1900 à 1931 montrent qu'il n'en a rien été dans la région d'Innsbruck. Ils ont simplement trouvé un accroissement passager des cas de thrombose et d'embolie, et exclusivement chez les hommes, pendant la période 1919-1921, attribuable à une augmentation des cas d'endocardite récidivante dont la cause peut être rapportée à la guerre.

S. et B. insistent sur les différentes conditions tenant à l'absence d'homogénéité des éléments de la statistique (âge, sexe, cas opérés ou non opérés, etc.) qui peuvent intervenir pour fausser grandement les résultats. Ils ont cherché dans leur travail à éliminer aussi complètement que possible ces sources d'erreurs et il serait utile de reprendre les statistiques contradictoires en tenant compte de ces considérations. P.-L. Marie.

BRUXELLES MÉDICAL

J. Snoeck. ***A partir de quelle époque de la grossesse la réaction d'Aschheim-Zondek devient-elle positive?*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 36, 9 Juillet 1933). — Chez 2 femmes la réaction d'Aschheim-Zondek a été trouvée positive dans 1 cas à 17 jours, dans l'autre à 21 jours après le rapport sexuel fécondant. Ces 2 faits confirment l'apparition massive d'hormones antéhypophysaires dès que l'ovule fécondé vient en contact de la muqueuse utérine prégravidique et de la circulation maternelle. Les recherches histologiques antérieures sur de jeunes œufs humains ont montré qu'à cette époque l'œuf est entouré d'un trophoblaste déjà différencié en 2 couches cellulaires. Les premières ébauches de villosités choriales apparaissent vers le treizième ou le quatorzième jour de gestation; à partir du seizième jour, toute la surface externe du chorion est hérissée de villosités. Il semble donc bien que c'est au moment où l'œuf fécondé, entouré de son trophoblaste, pénètre dans l'intimité du tissu utérin et entre en contact avec la circulation maternelle que la suproduction brutale de l'hormone antéhypophysaire se produit sans attendre que les villosités placentaires soient morphologiquement constituées.

On peut se demander si l'hormone antéhypophysaire qui inonde brusquement l'organisme maternel dès la nidation de l'œuf ne joue pas un rôle déterminant dans la transformation du corps jaune périodique en corps jaune gravidique. Robert Clément.

A. P. Dustin. ***Quelques aperçus anatomo-pathologiques sur le mode d'action des produits chimio-thérapeutiques*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 37, 16 Juillet 1933). — Des expériences sur la souris ont montré à D. que les colorants tels que le bleu trypan, la trypaflavine injectés par voie sous-cutanée ou péritonéale provoquent une destruction pycnotique massive de toutes ou presque toutes les petites cellules thymiques, ou « thymocytes », des pycnoses innombrables dans les formes germinatives de toutes les formations lymphoïdes, un arrêt des mitoses dans les glandes de Lieberkühn, surtout au niveau de l'intestin grêle, tous ces phénomènes étant tardivement suivis de réactions caryocinétiques dans des organes généralement très peu génétiques. Les cellules très sensibles à la trypaflavine sont celles qui sont radiosensibles et les lésions cytologiquement superposables permettent de considérer la trypaflavine comme un agent ou un poison caryoclasique.

D'autres recherches ont montré que le benzol et toutes les substances employées contre la syphilis ou les trypanosomes comme les iodures, le mercure, le bismuth, etc., ont des propriétés caryoclasiques intenses.

Presque tous les colorants employés au blocage du système réticulo-endothélial, toutes les substances chimio-thérapiques spirillicides ou parasiticides sont, à doses suffisantes, très fortement caryoclasiques; elles déclenchent donc des bouleversements autrement profonds et généralisés que le simple blocage du système réticulo-endothélial et ce n'est pas par cette simple action de blocage qu'elles agissent.

De même, la splénectomie ne constitue pas un simple appauvrissement du tissu endothélial; chez les animaux splénectomisés, les thymocytes corticaux deviennent moins sensibles à l'action destructrice des poisons caryoclasiques.

Ces recherches permettent d'entrevoir le rôle qu'il faudra probablement faire jouer désormais au processus caryoclasique dans l'immunité, la chimiothérapie, la toxicologie. Robert Clément.

Ch. Rahier et **F. Thys.** ***Les suppurations pulmonaires à spirilles et leur pronostic*** (*Bruxelles Médical*, t. XIII, n° 38, 23 Juillet 1933). — Les spirochétoses pulmonaires présentent un pronostic qui diffère considérablement de celui des autres affections pulmonaires et leur traitement n'est pas le même. Elles montrent une grande diversité clinique qui va de la bronchite aiguë à la gangrène pulmonaire en passant par la broncho-pneumonie et l'abcès du poumon, mais malgré leur aspect clinique polymorphe, leur unité est constituée par leur étiologie. L'étude de la flore des crachats présente donc un intérêt particulier et doit être faite systématiquement.

En l'espace de 6 ans, R. et T. ont dépisté 26 fois des spirochètes dans les crachats de malades atteints d'affections pulmonaires. 2 de ces malades peuvent être considérés comme guéris après 8 mois et 3 ans respectivement, l'état d'un autre est stationnaire; 2 ont été perdus de vue; 21 sont morts.

Une mortalité aussi élevée dépend de la présence même des spirochètes. Les lésions qu'ils provoquent s'étendent avec facilité et rapidité de proche en proche et surtout récidivent avec une grande fréquence et souvent très insidieusement. Les rechutes peuvent se faire à longue échéance et c'est ce qui explique les résultats heureux signalés par certains auteurs lorsque les malades n'ont pas été suivis suffisamment longtemps.

L'arsénothérapie (néosalvarsan à la dose moyenne de 30 centigr. tous les 4 jours pendant plusieurs semaines) a une action qui n'est pas niable: les spirochètes diminuent dans les crachats, la fétidité de l'haleine et de l'expectoration rétrocède. Mais le résultat final est aléatoire; si le malade est laissé à lui-même, l'infection gagne assez vite le terrain péniblement gagné, récidive au même endroit ou dans le territoire voisin. Les autovaccins administrés par voie intraveineuse, la sérothérapie antigangreneuse, la créosote en lavement n'ont pas paru modifier l'évolution de la maladie. Les cures de soleil semblent avoir une efficacité indiscutable et dans un cas, cette médication fut précieuse. Les tentatives de pneumothorax artificiel ont été le plus souvent vaines en raison des adhérences. Dans l'unique cas où le pneumothorax put être installé le résultat fut désastreux: pleurésie putride, à spirilles, par ouverture de l'abcès dans la plèvre.

5 malades traités en vain par des traitements purement médicaux furent confiés au chirurgien: un seul est guéri actuellement: il s'agissait d'un abcès putride de la base, traité par phrénicectomie associée à l'arsenic. Robert Clément.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA (Madrid)

A. de Diego-Lopez. ***L'injection intra-veineuse de liquide céphalo-rachidien, comme prophylaxie des accidents de la rachi-anesthésie*** (*Los progresos de la clinica*, t. III, n° 6, Juin 1933). — Les accidents de la rachi-anesthésie s'observent surtout chez des sujets d'une susceptibilité spéciale, au système nerveux déséquilibré. Ils traduisent un vrai choc colloïdoclasique.

On a tenté de les prévenir par une injection préalable de caféine ou de substances analogues. Daniel a proposé l'injection intraveineuse de quelques centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien du sujet à anesthésier.

C'est cette méthode que D.-L compare aux précédentes, spécialement du point de vue de la courbe de tension artérielle après l'anesthésie: les chutes de tension sont moins brusques, la différentielle diminue moins sensiblement.

Cependant la technique de Daniel n'est pas sans danger. D.-L. rapporte un cas de complication grave qu'il a pu observer: après l'opération sont apparues des convulsions cloniques, lesquelles ont persisté plusieurs heures et fait place ensuite à un état de torpeur profonde. Le malade s'est rétabli lentement. Pour expliquer ces faits, l'hypothèse la plus plausible est celle d'une réaction méningée, intense mais peu durable, par le contact du liquide céphalo-rachidien répandu dans la circulation. G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

B. Banks, P. Sprague et **A. Snell.** ***Valeur clinique de l'épreuve de la tolérance au galactose*** (*The Journal of the American medical Association*, t. C, n° 25, 24 Juin 1933). — Au cours des derniers 18 mois, la clinique Mayo a étudié systématiquement l'épreuve de la tolérance au galactose chez les hépatiques et particulièrement chez les ictériques.

L'épreuve était pratiquée de la façon habituelle: absorption de 40 gr. de galactose dans 500 gr. d'eau; prise d'urines toutes les heures. Le test est dit positif lorsque la quantité de galactose éliminée dans l'urine dépasse 3 gr.

Les résultats de cette étude ne sont pas favorables à la méthode: en particulier, dans les affections hépatiques sans ictère, la valeur de l'épreuve est presque nulle, très inférieure au test à la bromsulphaléine.

Dans les ictères, les résultats très positifs ne se voient guère que dans les ictères intra-hépatiques, toxiques ou infectieux; mais, des résultats positifs s'observent aussi dans 40 pour 100 des cas d'ictères par rétention, aussi le test n'a-t-il qu'une valeur diagnostique limitée dans l'ictère. Du point de vue pronostic, une épreuve fortement positive est fâcheuse; mais, là encore, les auteurs ont observé des accidents d'insuffisance hépatique post-opératoire chez des malades dont la tolérance au galactose était normale. R. Rivoire.

B. Brahdy et **M. Levarsky.** ***Poliomyélite aiguë épidémique compliquant la grossesse*** (*The Journal of the Amerean medical Association*, t. CI, n° 3, 15 Juillet 1933). — Les cas de poliomyélite au cours de la grossesse sont extrêmement rares, au moins si l'on s'en rapporte à la littérature, puisque 8 observations seulement en ont été publiées. B. et L., en ayant observé 3 cas, publient les observations, intéressantes parce qu'elles montrent que, contrairement à l'opinion généralement admise, la maladie ne semble pas se transmettre au fœtus. Quant à la grossesse et au travail, ils ne sont que peu influencés par la maladie. R. Rivoire.

F. Spielman, M. Goldberger et **R. Frank.** ***Diagnostic hormonal de la viabilité de la grossesse*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 4, 22 Juillet 1933). — S., G. et F.

ont étudié par diverses réactions hormonales les humeurs de 33 femmes enceintes chez lesquelles la mort du fœtus était soupçonnée. Les réactions suivantes furent faites : réaction de Frank-Goldberger pour la recherche de la folliculine dans le sang, réaction d'Ascheim-Zondek et de Friedman pour la recherche du prolan dans l'urine.

La recherche de la folliculine dans le sang semble de beaucoup la plus précise: en effet, la réponse fut exacte dans 100 pour 100 des cas, alors que les réactions type Ascheim-Zondek ne le furent que dans 50 pour 100: cette réaction n'a de valeur que lorsqu'elle est négative.

R. Rivoire.

A. Gutman, L. Sloan, E. Gutman et W. Palmer. ***Le rôle de la diiodotyrosine dans l'hyperthyroïdisme : comparaison de l'action thérapeutique de la diiodotyrosine et de l'iode inorganique*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 4, 22 Juillet 1933). — Dans beaucoup de travaux récents, particulièrement en Allemagne, la diiodotyrosine est présentée comme un remède spécifique de l'hyperthyroïdisme, dont l'action est beaucoup plus nette que celle des sels iodés inorganiques. Des théories pathogéniques ont même été proposées pour expliquer cette action thérapeutique; mais, pourtant, il n'a jamais été publié une étude impartiale permettant d'affirmer que l'action thérapeutique de la diiodotyrosine est supérieure à celle des iodures.

C'est pour combler cette lacune que G., S., G. et P. ont entrepris une étude statistique portant sur plus de 200 hyperthyroïdiens. A 185 de ceux-ci, de l'iodure de sodium fut administré, alors que 30 reçurent de la diiodotyrosine, et l'amélioration dans tous les cas fut suivie cliniquement et par l'épreuve du métabolisme basal.

Or, le degré et les caractères de cette amélioration furent exactement identiques dans l'ensemble pour les deux groupes de malades. Enfin, après thyroïdectomie, l'analyse chimique du corps thyroïde enlevé montra dans chaque groupe un contenu d'iode et de thyrosine analogue.

Il semble d'après cette étude impossible de soutenir plus longtemps un rôle spécifique de la diiodotyrosine, ni sa supériorité sur l'iode inorganique. A plus forte raison, il est bien inutile d'ébaucher des théories pathogéniques pour l'expliquer.

R. Rivoire.

L. Kubie et G. Retan. ***Le drainage forcé du liquide céphalo-rachidien; ses bases expérimentales, la technique de son application clinique, ses indications et ses contre-indications*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 5, 29 Juillet 1933). — K. est l'initiateur d'une méthode hardie de thérapeutique des affections céphalo-rachidiennes aiguës ou chroniques: le drainage continu de l'espace arachnoïdien. Dans cet article, K. et R. exposent les bases expérimentales de la méthode, et les modalités de son application pratique.

La pression du liquide céphalo-rachidien étant supérieure à la pression osmotique des colloïdes sanguins, la production de ce liquide est fatalement minime tant que la pression rachidienne est supérieure à la pression atmosphérique.

A ce moment, l'espace sous-arachnoïdien obéit aux mêmes lois physiques que les autres organes somatiques, et il devient possible d'augmenter la production de liquide céphalo-rachidien par les mêmes méthodes qui accroissent ailleurs la production de lymphe: c'est-à-dire par exemple en diluant le sang avec un liquide hypotonique, qui abaisse la pression osmotique des colloïdes sanguins.

La méthode de Kubie consiste à faire tomber à zéro la pression rachidienne par ponction, puis à injecter par voie intraveineuse une forte quantité de sérum hypotonique, en laissant le liquide céphalo-rachidien s'évacuer par l'aiguille de ponction laissée en place. Cette méthode détermine un véritable lavage de la cavité arachnoïdienne, et même de l'axe nerveux, car du liquide céphalo-rachidien s'échappe dans ces conditions des capillaires intra-organiques et s'évacue dans l'espace sous-arachnoïdien en suivant les gaines vasculaires.

Bien qu'il soit trop tôt pour juger à sa valeur exacte l'action thérapeutique de cette méthode, les premiers essais sont particulièrement encourageants, en particulier dans les méningites aiguës et tuberculeuses, la poliomyélite, la chorée et l'encéphalite.

R. Rivoire.

H. Roé. ***Méthémoglobinémie déterminée par l'administration de sous-nitrate de bismuth : un cas mortel*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 5, 29 Juillet 1933). — Malgré quelques observations d'intoxication mortelle par le sous-nitrate de bismuth, cette drogue continue à être libéralement utilisée, et à doses considérables, dans le traitement des diarrhées, particulièrement des diarrhées infantiles. R. rapporte une observation d'intoxication mortelle par méthémoglobinémie chez un enfant d'un mois qui avait reçu en 24 heures la dose invraisemblable de 13 gr.

La pathogénie de la méthémoglobinémie est encore mal connue. Dans le cas particulier, il semble que la réduction du nitrate en nitrite se produise dans l'intestin sous l'influence de certaines bactéries; mais, la rareté de cet accident indique qu'il doit coexister chez les sujets intoxiqués une susceptibilité particulière, une facilité anormale de transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine. La possibilité de pareils accidents devrait cependant faire bannir de l'arsenal thérapeutique le sous-nitrate de bismuth, d'autant plus que le sous-carbonate de bismuth présente exactement les mêmes avantages sans aucun danger.

R. Rivoire.

W. Strond, M. Goldsmith, D. Polk et F. Thorp. ***Dix ans d'observation d'enfants atteints de cardiopathies rhumatismales*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 7, 12 Août 1933). — S., G., P. et T., publient les résultats, assez maigres d'ailleurs, qu'ils ont pu retirer de l'étude de plus de 400 enfants atteints de cardiopathies rhumatismales, dans un hôpital spécialisé. Les résultats thérapeutiques sont bien décourageants, puisque dans cet hôpital plus de 36 pour 100 des enfants moururent, en une période de 10 ans, statistique nettement inférieure à d'autres statistiques plus anciennes.

Un certain nombre de constatations furent faites, ayant trait à l'épidémiologie et l'étiologie de la maladie: il semble que la race italienne et la race juive soient les plus susceptibles à la maladie; la tendance familiale de cette affection est au moins aussi forte que celle de la tuberculose; le début de la maladie ou les rechutes se font surtout en hiver, avec un maximum de fréquence au mois de Mars.

Le pronostic de la maladie ne dépend pas du nombre de valvules atteint, mais avant tout de la résistance individuelle du malade ou de la virulence de l'infection.

Les résultats thérapeutiques sont si décourageants, que les auteurs se demandent sérieusement si l'argent dépensé pour l'entretien de leur hôpital ne serait pas plus utilement employé à expédier les enfants sous les tropiques, dans un climat où le rhumatisme est inconnu; notons à ce propos qu'il existe en Floride une colonie pour enfants rhumatisants, dont les résultats semblent être excellents.

R. Rivoire.

P. O'Leary et A. Welsh. ***Le traitement de la neurosyphilis par la malaria : observations à propos de 984 cas traités au cours des 9 dernières années*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 7, 12 Août 1933). — La malariathérapie est maintenant assez ancienne pour pouvoir juger avec un certain recul de son efficacité. A cet égard, il est difficile de lire un article plus intéressant que celui-ci, qui résume l'expérience considérable de la clinique Mayo, où furent impaludés près de 1.000 malades atteints de neurosyphilis, dont certaines impaludations remontent à neuf ans.

Sans insister sur les résultats obtenus dans le traitement de la P. G., dont la malaria reste de loin le meilleur traitement, il faut signaler que 10 pour 100 de ces paralytiques restent guéris, après plusieurs années, à la fois cliniquement et sérologiquement. Beaucoup plus intéressants, parce que moins connus, sont les résultats obtenus à la clinique Mayo dans les autres variétés de neurosyphilis.

1° *Dans la P. G. atypique*, c'est-à-dire la P. G. incomplète symptomatologiquement, mais où le liquide rachidien est altéré d'une façon durable, malgré les traitements antisyphilitiques habituels, la malariathérapie donne des résultats absolument remarquables: plus des 3/4 des malades guérissent cliniquement et sérologiquement.

2° *Dans le tabes*, la malariathérapie a été appliquée chaque fois que le liquide céphalo-rachidien ne redevenait pas normal après un traitement antisyphilitique intensif; ou bien lorsque persistaient des crises gastriques malgré un liquide céphalo-rachidien normal. Dans l'ensemble, les résultats sont très bons, largement aussi bons que dans la P. G.

3° Par contre, dans *la sclérose combinée* (tabes + P. G.), les résultats de la malariathérapie sont mauvais. Ils le sont encore davantage dans les cas de *neurosyphilis atypique* (syndrome de sclérose en plaques, méningo-myélite, méningo-encéphalite) et dans la neuro-syphilis congénitale.

4° La partie la plus intéressante de cet article a trait à l'impaludation au cours de la neurosyphilis latente.

Chez 70 malades ne présentant d'autres symptômes de neuro-syphilis qu'une réaction céphalo-rachidienne résistant aux médicaments antisyphilitiques, une impaludation fut faite. Les résultats furent remarquables: dans 42 pour 100 des cas, le liquide céphalo-rachidien redevint absolument normal, et, dans 37 pour 100, il ne subsista qu'un Wassermann positif. Cette disparition des signes céphalo-rachidiens survint environ un an après l'impaludation, et aucune récidive n'a encore été observée.

Ces résultats sont évidemment d'un intérêt puissant, car l'application de la malariathérapie à tous ces neuro-syphilitiques latents semble devoir faire disparaître tabes et P. G. La malariathérapie préventive semble avoir de beaux jours devant elle.

R. Rivoire.

A. Lauza. ***Etiologie de la silicose*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 8, 19 Août 1933). — La silicose est une pneumokoniose extrêmement répandue, particulièrement grave parce qu'elle prédispose d'une façon extraordinaire le malade qui en est atteint à la tuberculose.

La cause première de la silicose est la silice (SiO^2); les sels de silicium peuvent donner des pneumokonioses, mais la silicose est due uniquement aux poussières de l'oxyde de silicium. Ce sont seulement les particules très fines de silice, de moins de 10 microns de diamètre, qui sont dangereuses: c'est donc la poussière invisible qui est responsable de la silicose, et on conçoit la difficulté d'éviter la maladie.

R. Rivoire.

R. Sayers. ***Les manifestations cliniques de la silicose*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, nº 8, 19 Août 1933). — La silicose est une pneumokoniose due à l'absorption par les voies respiratoires de la poussière de silice, poussière dégagée par les rocs pulvérisés: aussi l'observe-t-on surtout chez les ouvriers travaillant dans les mines métalliques ou chez les perceurs de tunnels. Cliniquement, la silicose, comme la plupart des pneumokonioses, est longtemps très discrète de symptômes: à la première période de la maladie, il existe seulement une légère diminution de l'ampliation thoracique, un peu d'essoufflement; mais il s'agit en général de sujets très muselés, dont la santé apparente est remarquable: le seul moyen de diagnostic, en dehors de la notion étiologique, est la radiographie, qui montre des arborisations accentuées dans les 2 poumons et des marbrures discrètes généralisées.

Plus tard, les symptômes cliniques s'accentuent un peu, la toux et l'essoufflement augmentent: à la longue, l'amaigrissement commence, d'autant plus qu'une tuberculose pulmonaire vient presque fatalement se greffer sur la silicose et emporte le malade. R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (New-York)

I. Starr, K. A. Elsom, J. A. Reisinger et **O. Abbott.** ***Recherches sur l'acétyl-β-méthylcholine : ses effets sur les sujets normaux, et particulièrement sur le tube digestif; son action dans la distension de l'intestin, dans la tachycardie paroxystique, dans les affections vasculaires périphériques et dans divers autres états*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, nº 3, Septembre 1933). — Le groupe de la choline renferme un certain nombre de composés doués d'une grande activité. L'acétylcholine, le premier étudié, exerce, entre autres, une action inhibitrice sur le cœur et renforce le péristaltisme intestinal. Elle semble être un intermédiaire chimique entre la stimulation nerveuse parasympathique et la réponse du muscle. Ces deux effets sont supprimés par l'atropine. Par ailleurs, elle amène la dilatation des artérioles, abaissant ainsi la pression artérielle. Malheureusement, l'acétylcholine s'hydrolyse rapidement dans le sang, si bien qu'elle n'a pas d'action quand on la donne par la bouche et ses effets sont très fugitifs quand on l'injecte sous la peau. Aussi les auteurs ont-ils étudié d'autres composés ayant les mêmes propriétés physiologiques, mais moins facilement hydrolysables dans l'organisme. Deux substances leur ont donné satisfaction, l'acétyl-β-méthylcholine et l'éther éthylique de la méthylcholine. Ils ont surtout étudié le premier de ces corps.

Administrée chez 47 sujets normaux, par voie sous-cutanée à doses convenables (5 à 30 milligr.), l'acétyl-β-méthylcholine a produit un effet énergique, caractérisé surtout par une chute de la pression artérielle, de l'accélération du pouls, de la congestion de la tête, des sueurs et de la salivation. Ces phénomènes sont à leur maximum 1 à 2 minutes après l'injection, vont en décroissant pendant 2 à 3 minutes, puis s'éteignent complètement en 15 à 20 minutes. Le seul effet fâcheux noté fut un accès d'asthme passager chez un asthmatique ancien.

Donnée par la bouche, elle a un effet bien plus doux et, même à des doses très élevées (1 gr.), elle ne cause aucun trouble, bien que l'on constate des modifications considérables de la pression artérielle et de la fréquence du pouls.

L'éther éthylique de la β-méthylcholine, administré par la bouche ou en injection sous-cutanée, exerce un effet moins marqué sur l'appareil digestif et sur le système circulatoire, mais il a une action plus accusée sur la sudation et la salivation. C'est un diaphorétique puissant dénué d'effets secondaires fâcheux.

Les résultats donnés par l'expérimentation sur l'animal ont confirmé les constatations faites chez l'homme. Les effets enregistrés sont semblables à ceux qui suivent l'excitation des nerfs parasympathiques accompagnée de vasodilatation, exception faite de l'accélération du pouls notée après l'injections sous-cutanée; mais, comme on peut constater parfois un ralentissement fugace initial, antérieur à la congestion de la tête, et souvent un nouveau ralentissement lorsque la pression artérielle a repris son niveau habituel, il semble bien qu'il s'agit là d'un mécanisme compensateur mis en jeu par la chute brusque de la pression. En tout cas, cette accélération fait défaut après ingestion du médicament.

L'acétyl-β-méthylcholine a une action dix fois plus puissante que celle de l'acétylcholine et offre le gros avantage de se prêter à l'administration par voie buccale et d'être dépourvue des effets fâcheux parfois signalés avec l'acétylcholine. Son emploi en thérapeutique est donc très recommandable.

Les auteurs insistent sur son action sur le tube digestif, surtout accusée lorsqu'elle est donnée par voie buccale, les effets sécrétoires et cardio-vasculaires étant plus marqués au contraire avec la voie sous-cutanée. On constate une augmentation du tonus et du péristaltisme gastro-intestinal chez les sujets normaux. Toutefois, ce phénomène ne se produit pas quand l'estomac est vide; il fait défaut également au niveau de l'intestin grêle pendant la période d'hypotension après injection sous-cutanée. Dans certains cas d'hypochlorhydrie, on note une légère stimulation de la sécrétion gastrique. Chez la plupart des sujets prenant des doses élevées du médicament, il se produit un effet laxatif marqué. Mais les meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas de distension intestinale rebelles aux autres thérapeutiques.

Les auteurs ont employé l'acétyl-β-méthylcholine dans le traitement de diverses affections circulatoires. Les résultats ont été particulièrement brillants dans la tachycardie paroxystique. L'injection sous-cutanée a permis de couper net 24 crises chez 9 malades. Dans 7 cas, les accès étaient du type auriculaire ou supraventriculaire. Les autres procédés avaient été essayés auparavant sans succès. Les échecs furent très rares, sauf quand la dose était insuffisante.

Ce médicament donné par la bouche se montra capable de supprimer ou d'atténuer le spasme vasculaire de la maladie de Raynaud, lors de l'exposition du patient à un froid modéré. L'effet fut peu marqué lorsqu'il s'agit de froid assez intense.

Dans un cas de thrombo-angéite oblitérante, on nota régulièrement une élévation de la température cutanée des pieds. La douleur fut diminuée dans certains cas de gangrène menaçante consécutive à des affections oblitérantes des vaisseaux périphériques, tandis que dans d'autres cas cette action vasodilatatrice périphérique ne put pas être obtenue.

Chez la plupart des hypertendus, le médicament amena une baisse passagère de la pression et chez quelques-uns fit disparaître la céphalée.

Dans un cas, la respiration de Cheyne-Stokes fut supprimée. Les vertiges et le mal de tête s'améliorèrent dans 2 cas où un spasme des vaisseaux cérébraux semblait en jeu. P.-L. Marie.

LA PEDIATRIA (Naples)

Luigi Auricchio (Naples). ***Sur la tuberculose congénitale*** (*La Pediatria*, vol. XLI, nº 7, 1er Juillet 1933). — La découverte de la forme filtrable du virus tuberculeux a remis en discussion le problème si controversé de la tuberculose, maladie congénitale ou maladie acquise.

Après avoir rappelé les recherches de Calmette, Valtis et Lacomme, ainsi que celles d'Arloing et Dufourt, A. estime qu'il n'y a pas lieu de modifier les directives qui fixent la protection des nouveau-nés issus de mères tuberculeuses contre la contagion maternelle et familiale.

Dans cet article A. publie les observations de 10 enfants suivis à la Clinique pédiatrique de Naples pendant une période de 1 à 4 ans. Ces enfants, aussitôt après la naissance, ont été séparés de leurs mères, qui étaient atteintes de formes de tuberculose particulièrement sévères. Six d'entre elles, en effet, ont succombé très peu de temps après leur accouchement.

A. a pu constater que ces enfants ont tous survécu sans présenter le moindre symptôme clinique attribuable à la maladie de leur mère et cela malgré qu'ils aient eu à surmonter des maladies infectieuses anergisantes. Aucun d'eux, d'autre part, n'a présenté le moindre signe radiologique de tuberculose, ni de réaction cutanée positive à la tuberculine.

Ces constatations incitent A. à exclure, pour les cas envisagés, l'existence d'une tuberculose congénitale et à admettre que la tuberculose, lorsqu'elle atteint l'organisme, se transmet habituellement par contagion. G. Schreiber.

Ermanno Lizier (Trieste). ***Dix années de sérothérapie antiscarlatineuse*** (*La Pediatria*, t. XLI, nº 7, 1er Juillet 1933). — L. commence par déclarer que les statistiques de la mortalité de scarlatine sont des plus discordantes. Eichhorst signale 1,4 pour 100 de mortalité à la clinique de Zurich. Seitzs, 6,9 pour 100, Hirsch 25 pour 100 et même 40 pour 100 pour certaines épidémies. En 1917, la mortalité relevée en Suisse aurait atteint 70 pour 100 (Klin et Witfeldt) et dans une récente épidémie en Roumanie 100 pour 100!

Ceci dit, L. publie les résultats obtenus à l'hôpital Sainte-Madeleine de Trieste où 3.000 cas de scarlatine ont été traités en dix ans, au moyen de divers procédés de thérapeutique spécifique. Aucun d'entre eux n'a fourni de résultats probants à l'exception du *sérum antiscarlatineux de Dick*. Ce dernier a amélioré très notablement la statistique de mortalité des scarlatines de l'hôpital, la faisant passer de 10 à 2 pour 100.

A la fin de son article L. donne des détails sur les prescriptions hygiéniques et diététiques que comporte le traitement de la scarlatine et de ses complications. G. Schreiber.

G. Jemma et **A. Laurinsich** (Naples). ***Les tumeurs mixtes malignes du rein dans l'enfance*** (*La Pediatria*, vol. XLI, nº 8, 1er Août 1933). — J. et L. publient les observations de 16 cas personnels et à cette occasion donnent une revue d'ensemble de la question.

Ces tumeurs ne sont pas d'une rareté absolue. Pour 12.000 affections chirurgicales de l'adulte, Taddei à Florence a observé de 1892 à 1907 16 cas de tumeurs rénales chez des enfants. Mixter à l'hôpital des enfants de Boston a recueilli en 12 ans 27 tumeurs rénales et Longhane dans les hôpitaux de Londres durant la même période en a réuni 35 cas.

Au point de vue de l'âge, les 16 cas de J. et L. se répartissent ainsi: 1 cas de 6 à 10 mois, 3 de de 12 à 18, 2 de 18 à 24, 4 de 2 à 3 ans, 2 de 3 à 4 ans, 1 de 4 à 5 ans, 1 de 5 à 6 ans, 1 de 6 à 8 ans, 1 de 10 à 11 ans, soit 13 cas de 1 à 5 ans sur 16.

Une tumeur rénale a été observée sur un fœtus de 30 cm. par Dienst; un sarcome du rein sur un fœtus à terme, par Jacobi et Rocher. Weigert et

Decret ont observé des tumeurs rénales sur des morts-nés et des observations analogues ont été publiées par Menetrier et Paul, Monti, Max, Olliver, Micholson, etc.

L'hérédité similaire est exceptionnelle et sur 173 cas de tumeurs rénales Alberran et Imbert ne l'auraient rencontrée que 5 fois. Les tumeurs rénales de l'enfance sont par contre souvent associées à d'autres malformations.

Sur 1.102 cas recueillis dans la littérature, on note 556 cas masculins et 514 féminins. Le sexe n'a donc pas grande importance.

Au point de vue pathogénique, J. et L. admettent la théorie de Mayer selon laquelle des adénosarcomes peuvent dériver du blastème rénal et de véritables tumeurs mixtes seraient la résultante d'une fusion entre le blastème rénal et des éléments mésodermiques indifférenciés. A ce groupe, Gioja ajoute un certain nombre de tumeurs mixtes d'origine wolffienne caractérisées histologiquement par la présence de canalicules a épithélium cylindrique entourés d'un anneau de fibro-cellules musculaires lisses.

Les tumeurs rénales infantiles sont habituellement unilatérales, mais des cas bilatéraux ont été observés par Gairdner, Hansen, Conheim, Weigert, Landsberger, Meckel Box, Warthin.

Les dimensions de la tumeur sont variables depuis la grosseur d'une orange jusqu'à une tête d'enfant et davantage. Israel a rencontré une tumeur rénale de 8.500 gr. et Spencer Wells une de 9 kilogr. chez un enfant de 4 ans.

La tumeur occupe généralement un pôle du rein et le plus souvent l'inférieur.

Au point de vue microscopique, on constate le plus souvent les caractéristiques du sarcome à cellules rondes ou fusiformes.

G. Schreiber.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

(Varsovie)

L. Hirszfeld. ***De l'utilisation de la recherche des groupes sanguins en médecine légale*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 15, 9 Avril 1933). — H. souligne les services que peuvent rendre en médecine légale la recherche des groupes sanguins. Il réunit une série d'observations personnelles où cette étude a apporté des lumières précieuses dans des cas particulièrement troublants. Pour conclure, H. insiste sur la nécessité de répandre largement les notions sur la méthode et sur les différentes techniques dans le monde juridique. Il serait désirable qu'il soit donné des prescriptions sur l'exécution automatique et immédiate de cette recherche sur le sang de toutes les victimes des crimes dans les institutions médico-légales spécialisées. Il serait également souhaitable que les Facultés de droit organisent des conférences en vue d'éclairer les futurs juges d'instruction sur l'utilité de l'application des méthodes biologiques en médecine légale.

La recherche des groupes sanguins mériterait d'être appliquée plus couramment. Elle devrait être confiée aux établissements spécialisés dans cette voie et, de ce fait, centralisée dans les laboratoires particulièrement compétents.

Fribourg-Blanc.

Mme Z. Czezowska et **Mierzecki.** ***Sur quelques manifestations pathologiques de la peau et de la muqueuse buccale au cours de la lymphogranulomatose maligne*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 16, 16 Avril 1933). — C. et M. rapportent l'observation d'une femme de 40 ans, atteinte de lymphogranulomatose maligne des ganglions médiastinaux, cervicaux et axillaires, qui présentait au cours de l'évolution de la maladie des lésions cutanées morphologiquement différentes de celles qu'on a l'habitude d'observer au cours de cette affection.

D'autre part, ces lésions ne présentaient pas d'analogie avec d'autres lésions cutanées qu'on peut rencontrer dans d'autres maladies. Ces lésions du volume d'un petit pois ou d'un haricot étaient irrégulièrement disséminées sur le tronc et les membres sans tendance à l'agglomération. Elles étaient entourées d'une zone rouge, suintaient et suppuraient.

Les ulcérations présentaient au centre un aspect lactescent, diphtéroïde avec un bord rouge vif. Ces fausses membranes très adhérentes recouvraient un fond uni, saignant. Sous l'influence des rayons X les plaies séchaient, la croûte tombait en laissant des cicatrices légèrement pigmentées rappelant dans l'ensemble les cicatrices des gommes. La muqueuse buccale était parsemée de lésions analogues. Les irradiations faites sur le médiastin faisaient disparaître les éléments cutanés des membres supérieurs et du thorax, celles qui étaient dirigées sur les ganglions abdominaux amélioraient les ulcérations des membres inférieurs.

Seule une ulcération de la cheville droite est restée réfractaire au traitement et a entraîné l'amputation du pied. Histologiquement, les lésions présentaient, tantôt tous les caractères classiques de la lymphogranulomatose, tantôt leur aspect était très différent.

Fribourg-Blanc.

Stanislas Rajca. ***Du réflexe de la préhension forcée*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 18, 30 Avril 1933 et n° 19, 7 Mai). — A propos du réflexe de la préhension forcée, dont à la suite des travaux de Schuster plusieurs auteurs se sont occupés, R. rapporte une observation personnelle:

Une jeune femme de 34 ans présenta, à la suite d'une crise de rhumatisme avec angine initiale, une endocardite aiguë au cours de laquelle elle fut atteinte brusquement d'hémiplégie gauche. La paralysie regressa sensiblement en quelques semaines, laissant une légère parésie avec signe de la préhension forcée. Six mois après le début des accidents, le tableau clinique se compliqua d'un syndrome psychosique ayant les caractères d'une schizophrénie avec catatonie. Pour R., ce cas semble donner raison, au point de vue de la pathogénie et de la localisation de la lésion, à la théorie de Schuster d'après laquelle le signe de la préhension forcée est dû à une thrombose artérielle située sur le trajet de l'artère cérébrale antérieure. Les mouvements forcés du membre supérieur gauche peuvent être attribués à une lésion du corps calleux, bien qu'il ne soit pas impossible qu'ils soient dus à une altération du noyau caudé situé dans la zone irriguée également par l'artère cérébrale antérieure.

Les manifestations de la psychose du type schizophrénique sous forme catatonique sont troublantes et il est difficile d'affirmer de façon absolument sûre s'il s'agit d'une manifestation pathologique indépendante ou d'un ramollissement qui se rattache à la thrombose artérielle.

Fribourg-Blanc.

Julien Fliederbaum. ***Contraction de la rate post-salyrganique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 19, 7 Mai 1933). — F. expose les résultats de ses recherches entreprises dans le but de préciser le rôle de la rate dans le métabolisme hydrique comme réceptacle d'eau de réserve. F. s'adresse dans son étude au salyrgan comme au diurétique le plus rapide et le plus puissant. Une injection intra-veineuse de 2 cmc de salyrgan faite aux malades ayant une grosse rate sans œdème, ni gros foie, se traduit fréquemment par la diminution rapide de volume de la rate. Parallèlement, il constate que le sang subit une dilution appréciable qui s'accompagne d'augmentation de la diurèse et d'abaissement du poids général des malades.

De ces constatations, F. tire les conclusions suivantes:

1° La contraction de la rate est due à l'expulsion d'eau, qu'elle contient dans la circulation générale; elle s'accompagne d'augmentation de la diurèse et de l'élimination de la réserve d'eau par la voie extra-rénale.

2° La rate semble jouer le rôle d'un réservoir d'eau.

3° Dans les splénomégalies diffuses, il existe souvent un emmagasinement d'eau de réserve.

L'épreuve splénique à l'action du salyrgan possède, en dehors de sa signification théorique, la valeur pratique suivante:

1° Par comparaison à la contraction splénique post-adrénalinique, l'épreuve avec le salyrgan peut être utile pour différencier les splénomégalies d'origines diverses et pour apprécier la valeur des différents systèmes fonctionnels de la rate.

2° L'absence de la contraction de la rate après le salyrgan a une signification pronostique puisque dans ces cas la radiothérapie splénique est marquée d'un échec.

3° La contraction de la rate à la suite du salyrgan soulage le malade en supprimant la douleur due à la distension exercée par la rate sur la capsule.

Fribourg-Blanc.

W. Bross et **P. Kubikowski.** ***Influence de la prostigmine dans la rétention d'urine post-opératoire et recherches expérimentales sur son action*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 21, 21 Mai 1933). — L'effet produit par la prostigmine sur la vessie que signale en passant Szubinski dans son étude sur l'action de la prostigmine, dans la parésie intestinale post-opératoire, incite B. à étudier son influence sur la rétention d'urine si fréquente à la suite des interventions chirurgicales.

Après avoir recueilli en clinique 7 observations concluantes sur l'emploi post-opératoire de prostigmine, B. transporte ses recherches sur le terrain du laboratoire et de la médecine expérimentale. Il fait ses recherches chez les cobayes et les lapins. Il en résulte que l'action de la prostigmine s'exerce surtout sur la vessie et n'intéresse les reins et les voies urinaires supérieures que d'une façon minime.

Les expériences faites sur la vessie isolée prouvent que le spasme vésical est le résultat de l'excitation du système parasympathique. A titre de contrôle, B. expérimente sur les vessies atropinisées *in vitro* et *in vivo*. Cette série d'expériences enseigne que la prostigmine employée, même à des doses élevées, ne produit aucun effet, lorsque l'action du parasympathique a été supprimée par une injection préalable d atropine. Ensuite B. entrave l'action du système sympathique par le gynergène et constate que, dans ces circonstances, même les petites doses de prostigmine produisent une réaction évidente. Donc le sympathique n'est pas le point de départ de l'action de la prostigmine.

En résumé B. conclut que:

1° A son point de départ la prostigmine agit sur le système nerveux parasympathique.

2° Comme produit synthétique dérivé de l'ésérine, la prostigmine est une substance douée d'une action rapide agissant, non seulement sur les contractions vermiculaires de l intestin, mais excitant également le système parasympathique de la vessie.

3° Administrée à des doses thérapeutiques, la prostigmine n'agit ni sur le cœur, ni sur la pression sanguine.

Fribourg-Blanc.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (Paris)

J. Nicolas et **F. Lebeuf.** ***Nature de la maladie Nicolas-Favre*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIV, Cahier 13, 10 Juillet 1933). — S. Hellerström et E. Wassen, en 1929, ont montré que la lymphogranulomatose inguinale subaiguë était due à un virus filtrant neurotrope et lymphotrope. En inoculant le produit de broyage de ganglions lymphogranulomateux humains dans le cerveau le certains singes (Rhésus et Cynomolgus) ils obtinrent une leptoméningite subaiguë transmissible jusqu'à 11 fois de singes en singes L'inoculation intrapréputiale à un singe du virus ainsi transmis par voie cérébrale provoquait une adénite inguinale histologiquement identique à celle de l'homme. Ils trouvèrent aussi le virus dans le sang d'un singe inoculé 13 jours avant par voie intrapéritonéale et dans la rate.

Ces travaux ont été confirmés et complétés par Levaditi, Ravaut, P. Lépine et Mlle Schoen qui ont montré que ce virus était inoculable par voie intracérébrale et pathogène pour le *Macacus cynomolgus*, le *Macacus inuus* et le *Cynocephalus babouin*, la souris blanche, le jeune chat.

On a réussi encore l'inoculation directe du suc ganglionnaire humain dans le prépuce et les ganglions lymphatiques du singe avec reproduction chez l'animal de la maladie humaine; l'inoculation expérimentale à l'homme dans le derme préputial. Chez le cobaye et chez le lapin, l'inoculation intraganglionnaire et intra-testiculaire détermine des lésions de ces organes et ceux-ci sont susceptibles d'héberger le virus pendant un certain temps.

Le sérum des sujets atteints de poradénite jouit de propriétés virulicides spécifiques à l'égard du virus lymphogranulomateux. Le recherche de ce pouvoir peut servir d'épreuve pour le diagnostic de la maladie par mélange adéquat de sérum et de virus et inoculation intracérébrale au singe ou à la souris.

Cette épreuve, la possibilité d'inoculation directe vont permettre de préciser les limites de la maladie de Nicolas et Favre à laquelle la réaction de Frei avait déjà permis de rattacher certains cas de rétrécissement ano-rectal, certains abcès de la marge de l'anus, certaines ulcérations cutanées et même des formes inapparentes.

Robert Clément.

A. Touraine et **Charles Ribadeau-Dumas.** ***La mammite syphilitique*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CIV, Cahier 13, 10 Juillet 1933). — La mammite syphilitique, encore peu connue, serait relativement fréquente pour peu qu'on la cherche. Elle s'observe surtout chez la femme à toutes les périodes de la syphilis et même chez les hérédo-syphilitiques. Chez presque toutes les malades, la syphilis était ancienne de plusieurs années, elle avait été mal et peu soignée. Une tuméfaction plus ou moins volumineuse et douloureuse apparaît dans un sein ou dans les deux seins en même temps que la roséole et des plaques muqueuses; quelquefois tout à fait latente, elle est une découverte d'examen. Diffuse, la mammite envahit d'un bloc tout ou partie de la glande mammaire; circonscrite, elle siège habituellement près du mamelon où elle forme des nodules à limite plus nette, dure, faisant corps avec la glande. La peau est normale au niveau de la tuméfaction, mais quelquefois elle adhère à celle-ci et peut donner le phénomène de la peau d'orange. La suppuration est rarissime. Les ganglions axillaires sont en général normaux, mais ils peuvent être augmentés de volume, durs et indolents. Les mammites récentes guérissent rapidement sous l'influence du traitement spécifique; dans les formes anciennes, le traitement doit être prolongé plusieurs mois.

Facile à la période secondaire en raison de la coexistence d'autres lésions, le diagnostic est plus délicat à la période tertiaire; la mammite syphilitique peut faire penser aux mastites puerpérales ou infectieuses. Torpide, elle peut prêter à erreur avec les adénomes ou les fibro-adénomes du sein, et surtout avec l'épithélioma au début. Parfois, la biopsie ou même l'exérèse seront indiquées pour éviter toute perte de temps irréparable.

Au point de vue histologique, il s'agit d'une mammite chronique dont la nature est marquée par la vascularite et les infiltrats plasmo-lymphocytiques. Ces lésions sont donc plus syphiloïdes que vraiment spécifiques. La mammite syphilitique réalise souvent un véritable état précancéreux qui relie la syphilis au cancer. Plusieurs fois, on a assisté au développement de l'épithélioma sur un noyau de mammite ancienne chez des syphilitiques, même sur une mammite guérie cliniquement par un traitement mercuriel passager. Il faut donc dépister soigneusement cette mammite et la tenir régulièrement en observation pour éviter cette transformation maligne.

Robert Clément.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE (Paris)

Craciun, Visineanu, Gingold et **Ursu.** ***Localisation rénale de la maladie de Bouillaud. La glomérulo-néphrite proliférative rhumatismale menant au mal de Bright*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. X, n° 4, Avril 1933). — Tandis que les néphrites rhumatismales sont décrites par des cliniciens qui rapportent à leur sujet les bons effets du traitement salicylé, les lésions de ces néphrites, habituellement bénignes et passagères, ne sont presque pas connues. On les attribue, sans preuve le plus souvent, à un infarctus rénal d'origine endocarditique; C., V., G. et U. pensent que cette pathogénie n'est pas toujours exacte et qu'il existe des lésions propres du rein dues à l'action directe de la maladie de Bouillaud. Ces lésions peuvent être vasculaires (Fahr), mais elles sont surtout glomérulaires. Après Bell, C., V., G. et U. les décrivent sous le nom de *glomérulo-néphrite proliférante et desquamative.*

La lésion touche quelques glomérules seulement, épars de ci de là, c'est ce que C., V., G. et U. désignent sous le nom de pauci-glomérulite. Cette disposition est en rapport avec la distribution sélective et anarchique de toutes les lésions rhumatismales. Dans les glomérules atteints, la lésion est d'abord visible entre les anses capillaires, c'est une prolifération des cellules fixes du glomérule et du revêtement de la capsule de Bowmann, aboutissant enfin à une sclérose du glomérule et à une symphyse plus ou moins complète de la capsule. Il faut remarquer que tout ce processus se fait sans réaction leucocytaire locale, comme sans lésion capillaire: c'est une glomérulo-capsulite, suivant la classification d'Orbzut.

Quant à l'évolution de cette lésion vers le mal de Bright, C., V., G. et U. la croient possible sur les aspects de certaines de leurs pièces qui concernent des maladies de Bouillaud anciennes. Ils rapportent avec détails, et accompagnés de nombreuses figures, les examens pratiqués sur 7 observations anatomo-cliniques.

P. Moulonguet.

ANNALES DES MALADIES VÉNÉRIENNES (Paris)

Gougerot, Burnier et **Tissot.** ***La blennorragie des canaux accessoires sous-urétraux*** (*Annales des maladies vénériennes*, t. XXVIII, n° 9, Septembre 1933). — G., B. et T., attirent l'attention sur la blennorragie du canal sous-urétral, affection peu connue, mais relativement fréquente, puisque en 6 mois, ils ont pu en observer 11 cas.

Ce canal sous-urétral résulte d'une inclusion de débris épithéliaux provenant de la lame urétrale au cours de la soudure des replis génitaux.

Cliniquement, on note à la face inférieure du fourreau un cordon induré et enflammé de 4 à 6 cm. de long ayant le volume d'une plume d'oie. En arrière du frein, existe un petit orifice fistuleux rouge, arrondi, surélevé, qui laisse sourdre une goutte de pus jaunâtre, riche en gonocoques. Parfois, il existe 2 ou 3 petites fistules déposées en chapelet le long du cordon.

Le plus souvent, le gonocoque infecte à la fois l'urètre principal et le canal sous-urétral et ce sont les signes d'urétrite aiguë du canal normal qui dominent la scène. Parfois, cependant, la blennorragie peut frapper d'abord le canal accessoire, puis l'urètre normal, ou bien une première blennorragie atteint l'urètre normal, une deuxième se cantonne exclusivement au canal sous-urétral. Enfin, l'infection gonococcique peut rester strictement limitée à l'urètre accessoire, le malade n'ayant jamais eu de blennorragie antérieure du canal urétral.

Si on extirpe ce cordon (ce qui constitue le meilleur traitement de la lésion), on constate sur une coupe transversale, au microscope, l'existence d'un canal tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié. Dans la lumière, on peut voir de nombreuses cellules épithéliales desquamées, des cellules lymphatiques et souvent des gonocoques.

Cette affection est souvent méconnue et étiquetée abcès et lymphangite du fourreau, ou prise pour un chancre mou ou syphilitique.

Au point de vue thérapeutique, l'instillation de permanganate ou de protargol dans le conduit est illusoire; il faut ou extirper par le canal en totalité ou mettre le canal à plat après incision et le cautériser après grattage.

H. Burnier.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

René Pierret, A. Breton et **Loison** (Lille). ***Il faut radiographier le thorax des enfants porteurs de kérato-conjonctivite phlycténulaire*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 7, Juillet 1933). — P., B. et L. ont entrepris une enquête étiologique sévère au sujet de 24 enfants atteints de kérato-conjonctivite phlycténulaire et ils ont pu constater que 9 d'entre eux étaient indiscutablement tuberculeux.

Pour P., B. et L. la tuberculose est une des causes principales de la kérato-conjonctivite phlycténulaire (sorte d'allergie à localisation oculaire selon la théorie de Rohmer). Le pourcentage des cutiréactions positives qu'elle fournit (90 à 95 pour 100) est d'ailleurs impressionnant. La tuberculose n'est peut-être pas la cause unique de cette affection

oculaire, mais c'est la seule qui compte pratiquement et qu'il importe de retenir.

P., B. et L. à la suite de leurs investigations estiment que tout phlycténulaire reconnu doit être passé précocement, systématiquement et fréquemment derrière l'écran radiologique. Dans un tiers environ des cas cet examen fera découvrir une tuberculose pulmonaire latente dont on devra surveiller soigneusement l'évolution.

L'avenir proche du phlycténulaire est généralement favorable et son avenir lointain sera d'autant meilleur qu'on le surveillera de près en soignant son tempérament lymphatique. Le placement temporaire de l'enfant dans un préventorium donne souvent les meilleurs résultats.

G. Schreiber.

Marcel Sendrail et **Pierre Bézy** (Toulouse). ***Sur l'interprétation pathogénique du nanisme rénal*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 7, Juillet 1933). — Chez l'enfant une lésion chronique du rein peut retentir sur le développement et provoquer un état de dystrophie généralisée, décrit par les Anglais il y a près d'un demi-siècle sous le nom de *renal dwarfism* ou *nanisme rénal*.

La description clinique de cette dystrophie est actuellement bien précisée et la notion du nanisme rénal tend à se répandre en France, à la suite des travaux de Comby, Hutinel, Nobécourt, Jacob, Sendrail, et surtout Apert qui en moins de 4 ans en a publié 4 observations.

Le mécanisme du nanisme rénal reste inexpliqué. A l'occasion de deux cas personnels, S. et B. font valoir des arguments en faveur de la pathogénie suivante : le nanisme rénal serait un nanisme osseux. Il porte, en effet, à peu près exclusivement sur le squelette et tout invite à le rapprocher de l'achondroplasie et plus encore du rachitisme dont il reproduit en grande partie les aspects symptomatiques et radiologiques.

Le nanisme rénal doit être en tout cas distingué des états de carence glandulaire. Apert, sur deux de ses cas, a pu contrôler l'intégrité macroscopique et histologique de tous autres organes que les reins : la thyroïde, les surrénales en particulier, n'offraient aucune marque pathologique.

Pour ces raisons, S. et B. estiment que le terme de *syndrome ostéo-rénal* répondrait mieux aux faits que celui de nanisme rénal.

G. Schreiber.

G. Mouriquand, M. Bernheim et **J. Boucomont** (Lyon). ***L'encéphalite aiguë dans la pneumonie infantile*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 8, Août 1933). — Dans deux cas personnels, M., B. et J. ont vu évoluer — chez un garçon de 4 ans et chez un autre de 17 mois — à la suite d'une pneumonie des accidents nerveux d'origine encéphalique dont la source doit être cherchée dans un foyer d'encéphalite aiguë ayant lésé, dans le premier cas la voie pyramidale et extrapyramidale (hémiplégie pyramidale et hémitremblement), dans le second cas la région thalamique et sous-thalamique (hémi-contracture extrapyramidale avec main thalamique).

Il y a 25 ans, alors que l'encéphalite aiguë faisait figure de parent pauvre en pathologie, la pathogénie des hémiplégies pneumoniques de l'adulte donnait lieu à des controverses. C'est ainsi qu'à la suite des travaux de R. Lépine, Lesieur et Froment écrivaient que l'hémiplégie pneumonique doit être attribuée, suivant les cas, à l'ischémie par insuffisance de la circulation cérébrale, à l'embolie, à la méningite, à la méningo-encéphalite ou à l'encéphalite.

A l'heure actuelle, et comme le soutenait déjà à cette époque Comby, en l'absence de symptomatologie méningée, clinique et liquidienne, on ne peut expliquer les troubles nerveux analogues à ceux observés par M. et ses collaborateurs, que par l'existence d'un foyer d'encéphalite. Tantôt comme dans leur première observation, ce foyer demeure très localisé; tantôt comme dans leur seconde, une poussée d'encéphalite diffuse emporte ultérieurement le malade.

G. Schreiber.

REVUE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE (Paris)

Milian. ***L'arsénobenzène intramusculaire*** (*Revue française de dermatologie et vénéréologie*, t. IX, n° 5, Mai 1933). — Jusqu'ici les arsénobenzènes injectés dans les muscles ou sous la peau causaient de vives douleurs et souvent des escarres.

Le *sulfarsénol* est injectable dans les muscles, mais à une certaine dose l'injection intramusculaire devient douloureuse.

Au contraire, le nouveau dérivé des arsénobenzènes découvert par Mouneyrat, l'*arsénomyl*, composé trivalent, se présente en solution aqueuse glucosée, préparée d'avance en ampoules injectables directement dans les muscles et ces injections ne sont pas douloureuses.

L'arsénomyl s'injecte à doses progressives de 30, 50, 60, 70, 90 et 105 gr.; chez les enfants, les doses sont moindres.

L'activité de ce médicament est aussi remarquable que celle de tous les autres arsénobenzènes. La cicatrisation des accidents secondaires et tertiaires est rapide; les pertes de substance dues à la syphilis se cicatrisent comme s'il s'agissait d'une plaie aseptique, sans qu'il y ait tendance à aucun moment à la stagnation ulcéreuse ou à son extension progressive.

L'action sur le Wassermann est tout à fait comparable à celle de l'arsénobenzène intraveineux.

L'arsénomyl est donc un excellent médicament de la syphilis et il constitue un réel progrès pour la diffusion du traitement arsenical par les arsenicaux trivalents.

R. Burnier.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE (Paris)

Pompeo Rolandi Ricci. ***Le métabolisme basal dans l'acromégalie*** (*Revue française d'Endocrinologie*, n° 1, 11e année, Février 1933). — R. a observé 3 cas d'acromégalie dont il expose l'histoire clinique et les recherches qu'il a faites sur ces cas. D'après ses conclusions, R. estime que ces acromégalies ne permettent pas d'accepter l'hypothèse que le métabolisme de base dans cette maladie soit dû à des stimuli ou à des lésions des centres nerveux juxta-hypophysaires provoqués par la tumeur pituitaire.

La différence des valeurs du métabolisme basal observées par les divers auteurs porte à penser que le métabolisme basal dans l'acromégalie ne soit pas d'origine exclusivement hypophysaire. La présence presque constante des petits signes thyroïdiens porte à admettre que les valeurs du métabolisme basal dans l'acromégalie sont, pour la plus grande part, l'expression de la dysthyroïdie concomitante.

Marcel Laemmer.

Carl Clemmesen et **George E. Schroder.** ***Apparition extraordinaire de goitres dans une famille*** (*Revue française d'Endocrinologie*, n° 1, 11e année, Février 1933). — C. et S. rapportent 8 cas d'affections thyroïdiennes chez 8 membres de la même famille. Il est à remarquer que dans cette famille un grand nombre d'hommes avaient un goitre plus développé que celui des femmes, ce qui n'est pas de remarque habituelle ; l'intérêt principal de cette étude réside en ce qu'elle fait soupçonner soit que l'hérédité puisse suivre d'autres lois que celles connues jusqu'à présent, soit que des facteurs inconnus et différents puissent se faire valoir.

Peut-être, pensent C. et S., se trouve-t-on en face d'une série d'affections goitreuses dont l'étiologie serait semblable à celle du goitre endémique.

Marcel Laemmer.

REVUE DE LARYNGOLOGIE OTOLOGIE, RHINOLOGIE (Bordeaux)

P. Mounier-Kuhn et **P. Euvrard.** ***La syphilis de la mastoïde et de la région mastoïdienne*** (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, n° 6, Juin 1933). — Il s'agit en général de syphilis acquise. On peut se demander cependant quel rôle joue l'hérédo-syphilis dans l'éclosion des mastoïdites de l'enfance (mastoïdites hybrides ?).

On rencontre soit des lésions des parties molles, soit des lésions osseuses ou périostiques.

Les premières comprennent, l'*adénite* qui peut prendre l'aspect d'une ostéo-périostite mastoïdienne, et la *gomme*, unique ou multiple à symptomatologie banale, ulcérée ou non, et qui laisse comme séquelle une cicatrice adhérente à l'os.

Les secondes constituent l'essentiel de la question par leur fréquence relative, leurs caractères cliniques et leur gravité.

L'*otite moyenne syphilitique* simple est d'existence discutable (il s'agit en général d'oto-labyrinthite).

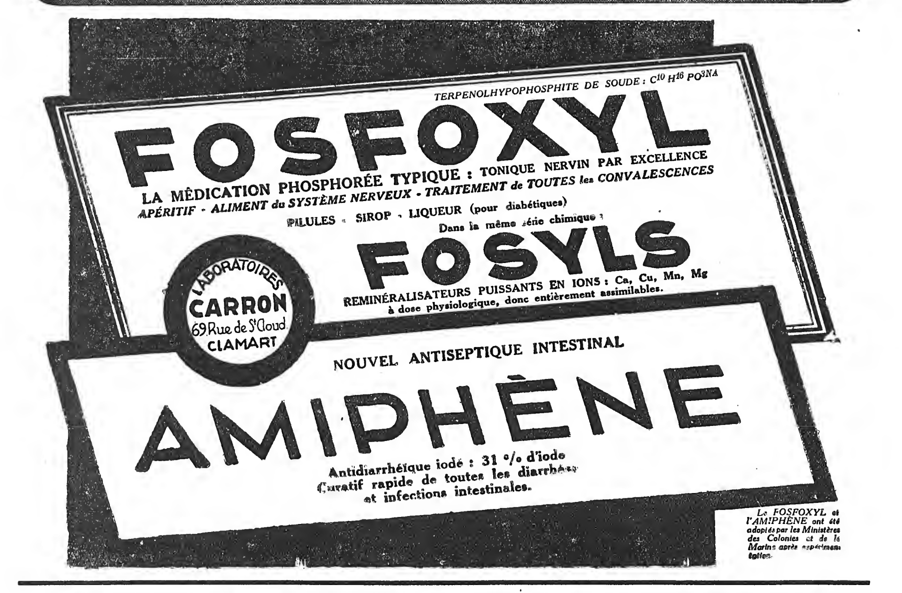
La *mastoïdite banale en terrain syphilitique* est très fréquente; le diagnostic de celle-ci peut être tardif (à l'occasion de fistulisation ou de récidive) ou précoce (basé sur la prépondérance des lésions osseuses ou la gravité de certains symptômes). Aucune précision ne peut être donnée sur la date d'apparition par rapport à l'infection syphilitique.

Au point de vue anatomo-pathologique, il y a atteinte élective du périoste sous forme hyperostosante (périostite ossifiante). Parfois cependant il s'agit d'une atteinte mastoïdienne diffuse, soit ostéite non suppurée avec raréfaction osseuse, soit ostéomyélite gommeuse avec ramollissement, séquestration et fistulisation. Il y a lieu d'insister sur le caractère extensif des lésions osseuses, vers l'occipital ou le temporal.

En clinique, on distingue une forme superficielle et une forme profonde.

La *forme superficielle* correspond à l'*ostéo-périostite mastoïdienne.* Celle-ci s'annonce par des douleurs progressives à prédominance nocturne auxquelles fait suite une tuméfaction mastoïdienne qui augmente rapidement. Plus tard, les douleurs restent toujours au premier plan, surtout les douleurs provoquées. La palpation met en évidence, soit une soufflure localisée, soit des irrégularités multiples de la surface mastoïdienne, soit une hypertrophie massive. En général, cependant, ces détails sont masqués par un empâtement des téguments à type d'œdème dur, décollant le pavillon et effaçant le pli rétro-auriculaire. *Ces différents symptômes contrastent avec l'intégrité du tympan et de l'oreille moyenne, et la conservation de l'audition.* L'état général reste excellent. Sous l'effet d'un traitement spécifique, tout s'amende dès les premières injections. Des exostoses persistent fréquemment comme séquelles. En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers le ramollissement, la fistulisation, comme dans la forme suivante.

La *forme profonde* correspond à la *mastoïdite syphilitique.* Le début de celle-ci est encore plus insidieux et se caractérise par des douleurs qui rapidement cependant peuvent devenir extrêmement vives (douleurs ostéocopes de la syphilis osseuse). L'examen local est souvent négatif. Un seul signe précoce est la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit.



TERPENOLHYPOPHOSPHITE DE SOUDE : $C^{10}H^{16}PO^{3}NA$
FOSFOXYL
LA MÉDICATION PHOSPHORÉE TYPIQUE : TONIQUE NERVIN PAR EXCELLENCE
APÉRITIF - ALIMENT du SYSTÈME NERVEUX - TRAITEMENT de TOUTES les CONVALESCENCES
PILULES - SIROP - LIQUEUR (pour diabétiques)
Dans la même série chimique :
FOSYLS
REMINÉRALISATEURS PUISSANTS EN IONS : Ca, Cu, Mn, Mg
à dose physiologique, donc entièrement assimilables.
LABORATOIRES
CARRON
69 Rue de St Cloud
CLAMART
NOUVEL ANTISEPTIQUE INTESTINAL
AMIPHÈNE
Antidiarrhéique iodé : 31 °/o d'iode
Curatif rapide de toutes les diarrhées
et infections intestinales.
Le FOSFOXYL et l'AMIPHÈNE ont été adoptés par les Ministères des Colonies et de la Marine après

L'état de l'oreille moyenne dépend des antécédents du sujet dans lesquels on retrouve fréquemment une otite moyenne prulente. Il semble bien, à ce propos, qu'il y ait là une prédisposition à la localisation du spirochète sur la mastoïde. A la période d'état, c'est l'aspect d'une mastoïdite banale avec tendance à l'extériorisation. A ce moment, l'intervention ne peut être évitée malgré les traitements médicaux. Sans intervention, des complications peuvent apparaître, en rapport avec la tendance extensive des lésions et l'infection secondaire (paralysie faciale, destruction labyrinthique). Il peut s'établir une fistulisation spontanée ou post-opératoire, qui cède d'ailleurs rapidement après un traitement spécifique énergique.

Le diagnostic est souvent délicat. D'une façon générale « toute tuméfaction mastoïdienne primitive avec intégrité du tympan et de l'audition doit imposer la recherche de la syphilis » (Ramadier).

Le traitement chirurgical seul est impuissant. Toute la gamme des médicaments spécifiques peut être mise en œuvre; cependant il semble préférable d'éviter l'arsenic pour soigner une oreille qui paraît sensibilisée par des atteintes antérieures. Les iodures, lorsqu'ils sont administrés à dose suffisante, permettent souvent une guérison rapide.

LEROUX-ROBERT.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD
(Lille)

A. Calmette, A. Saenz et L. Costil. *Effets du venin de cobra sur les greffes cancéreuses et sur le cancer spontané (adéno-carcinome) de la souris* (*L'Echo médical du Nord*, t. XXXVI, n° 37, 16 Septembre 1933). — Des expériences sur la souris ont montré que le venin de cobra exerce sur l'adéno-carcinome spontané, ou greffé, de la souris, un effet curatif indubitable.

6 souris ont été greffées avec un fragment d'adéno-carcinome spontané de la mamelle de 12 jours dont on savait que les greffes étaient fécondes dans la proportion de 100 pour 100. Les 2 témoins sont mortes le 28e et le 30e jour après la greffe. 2 autres souris traitées 13 jours après la greffe par 10 injections sous-cutanées de 0 milligr. 01 sont mortes respectivement 34 et 45 jours après la greffe avec des tumeurs aussi grosses que les témoins; par contre, les 2 dernières traitées également 13 jours après la greffe, mais par injection du venin en pleine tumeur, moururent un mois et demi plus tard d'infections secondaires, la tumeur s'étant affaissée, ramollie puis ulcérée et vidée pour avoir totalement disparu après la 11e injection.

Le venin de cobra n'exerce aucune action préventive sur l'évolution de l'adéno-carcinome. 4 souris, greffées après avoir reçu préventivement 20 injections d'un millième de milligramme de venin à 48 heures d'intervalle, sont mortes les 30e et 40e jour avec une tumeur de même volume que les témoins.

Si l'on trempe un fragment d'adéno-carcinome dans une solution de venin à 0 milligr. 1 par centimètre cube et qu'on le greffe ensuite sur la peau de la souris, celle-ci meurt intoxiquée par le venin.

L'adéno-carcinome spontané de la mamelle de 2 souris d'élevage traité par des injections tumorales de venin a fondu et s'est vidé à l'extérieur pour aboutir à une résorption totale en 15 à 20 jours.

Chez l'une des souris, greffée avec un cancer de passage de 9 jours et traitée à partir du 10e jour, l'examen microscopique de ce qui restait de la tumeur résorbée montra un petit nodule qui ne contenait qu'un agglomérat de cellules sphacélées.

Ces faits expérimentaux sont intéressants, incitent à essayer cette thérapeutique sur les cancers humains, mais on ne saurait en déduire encore que ce qui réussit sur l'adénome de la souris ait le même effet sur les cancers humains qui sont de nature très différente, infiniment complexe et variée.

ROBERT CLÉMENT.

LYON MÉDICAL

L. Gallavardin. *Dysphrénie* (*Lyon Médical*, t. CLII, n° 36, 3 Septembre 1933). — Le néologisme de « dysphrénie » correspond à ce trouble de la respiration qui coïncide d'ordinaire avec des manifestations névropathiques diverses et accompagne fréquemment les algies cardiaques non angineuses et que les malades décrivent comme une sensation presque constante d'essoufflement alors que leur respiration n'est nullement accélérée. Ils ont l'impression qu'ils sont toujours en retard sur leur respiration et qu'ils doivent substituer un mécanisme volontaire à un mécanisme instinctif. L'examen radiologique au moment du malaise permet de constater une limitation, par parésie ou par spasmes, des mouvements du diaphragme.

La *dysphrénie au repos* est la plus habituelle; elle est fréquemment associée à des algies sous-mammaires ou latéro-thoraciques gauches, à des palpitations, à l'arythmie extrasystolique. La dysphrénie semble s'observer de préférence dans les formes bénignes plutôt que dans les formes sévères des névroses cardiaques. Très souvent aussi, ce trouble respiratoire évolue de façon solitaire, il n'en est pas pour cela ni moins pénible, ni moins rebelle.

La *dysphrénie d'effort* est plus impressionnante. Le fait que ce phénomène respiratoire apparaît lors des efforts, et surtout avec la marche, doit faire discuter l'existence d'une cardiopathie organique à tendance dyspnéisante. « Mais les caractères du trouble, son assimilation faite par les malades à de profonds soupirs, et surtout le contexte clinique, permettent en général facilement de reconnaître sa nature névropathique et fonctionnelle. » 5 observations confirment que des troubles fonctionnels du mécanisme respiratoire peuvent être provoqués ou réveillés par le phénomène de l'effort.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Strasbourg)

C. Torres-Umana (Bogota). ***Les conditions sanitaires inhérentes au climat des grandes altitudes des tropiques. Leurs rapports spéciaux avec la pathologie infantile*** (*Revue française de pédiatrie*, t. IX, n° 3, 1933). — L'étude de la mortalité et de la morbidité de villes situées à plus de 2.000 mètres d'altitude, comme Bogota et Tunja, en Colombie, est des plus intéressantes et les observations recueillies par T.-U. sont à ce point de vue fort instructives.

Si on compare les circonstances favorables avec les circonstances défavorables créées par les grandes altitudes des tropiques, on constate que les premières dépendent du manque d'une complète adaptation de l'organisme à l'air raréfié des grandes altitudes, ce qui produit une hypo-oxygénation avec ses conséquences sur la nutrition générale, spécialement sur le fonctionnement hépatique et consécutivement une accumulation de produits toxiques qui déterminent la sclérose de différents ordres et de degrés variés. Bien qu'on ne puisse donner un chiffre exact de la proportion de ces processus, on ne peut assurer que ceux qui se rapportent à l'enfance, telle que l'*acidose infantile primitive*, sont beaucoup plus fréquents que ceux qui se rapportent à l'adulte.

Les circonstances favorables émanent les unes de l'altitude même et les autres de la constance de la saison. Celles qui proviennent de l'altitude sont la qualité de la radiation solaire qui empêche le développement de processus par carence si fréquents dans d'autres latitudes, tels que le rachitisme et la spasmophilie et les conditions du même ordre défavorables au développement de quelques infections, telle que la tuberculose.

D'un autre côté, l'altitude même et la bénignité de la température qui en est la conséquence supprime d'une manière absolue le développement des maladies parasitaires, appelées tropicales, telles que la malaria, l'anémie tropicale, etc.

La constance de la température ou, pour mieux dire, l'absence d'hiver, rend là, comme dans le reste de toute la région tropicale, très rares les autres maladies par carence comme le scorbut.

Si l'on étudie les causes principales de mortalité générale dans les villes comme Bogota, on voit que les infections intestinales (environ 25 pour 100) les constituent pour une forte part et que dans la mortalité infantile, qui est assez élevée, ces mêmes infections atteignent plus de 40 pour 100. Cette particularité est due aux mauvaises conditions de l'eau et par conséquent du lait; il s'ensuit qu'à mesure que ces conditions s'améliorent avec l'établissement de quelques étables modèles et avec la chloralisation de l'eau, la mortalité générale baisse sensiblement avec la diminution des infections d'origine hydrique. La fièvre typhoïde, par exemple, qui autrefois produisait une mortalité élevée, est arrivée aujourd'hui à disparaître en peu de temps.

La conclusion de T.-U. est que les grandes altitudes des tropiques sont — les conditions sanitaires étant égales par ailleurs — les lieux les plus appropriés pour la vie humaine.

G. SCHREIBER.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

G. W. Parade. *Traitement, par la diiodetyrosine, de la fibrillation auriculaire thyrotoxique* (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 34, 26 Août 1933). — La fibrillation auriculaire est le trouble du rythme qui s'observe le plus souvent en cas de maladie de Basedow et on arrive à améliorer ce trouble d'une façon nette par de petites doses d'iode. Il y avait donc lieu, à la suite des travaux d'Abelin, de rechercher si ce corps, qui semble avoir des résultats si intéressants dans la maladie de Basedow, n'est pas capable d'agir également sur les troubles du rythme cardiaque. C'est ce que P. a essayé de faire chez une série de malades présentant de la fibrillation auriculaire vraisemblablement d'origine thyro-toxique, bien que les autres symptômes de Basedow fussent en général peu marqués ou abaissés.

Dans un cas, par exemple, chez un homme de 58 ans qui se plaignait de présenter du tremblement, de mal dormir et d'avoir des palpitations de cœur ainsi que de maigrir, on a constaté que le cœur n'était pas augmenté de volume, mais qu'il y avait arythmie absolue avec fibrillation auriculaire. Avec la quinidine, on est arrivé à régulariser le cœur pendant quelques heures par jour. Le métabolisme de base atteint + 88 pour 100. La diiodetyrosine fait lentement augmenter le poids puis rend le pouls régulier d'une façon permanente.

P. donne 2 autres observations de malades dans lesquelles la fibrillation auriculaire ou les extrasystoles auriculaires ont dirigé l'attention vers une intoxication thyroïdienne. Dans la plupart des cas observés par P., il s'est agi d'hommes. Parmi les symptômes constatés figure le fait que les selles étaient au moins quotidiennes, parfois biquotidiennes ou même qu'il survenait des périodes de diarrhée. Par contre, les symptômes oculaires ont généralement manqué et le goitre était souvent absent, si bien que les chirurgiens n'ont jamais con-

senti à procéder à une intervention. Dans 2 de ces cas où l'arythmie était absolue et où il y avait augmentation du métabolisme de base, on a pu, avec la diiodetyrosine, abaisser le métabolisme de base, mais non pas modifier la fibrillation auriculaire.

Il ne semble pas à P. que la richesse en vitamine du régime ait beaucoup d'influence sur l'hyperthyroïdie.

P.-E. Morhardt.

K. J. Anselmino et **Fr. Hoffmann.** ***La préparation et les propriétés de la substance pancréatrope*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 37, 16 Septembre 1933). — Avec certains extraits de préhypophyse, il a été possible de faire augmenter le volume des îlots de Langerhans. Le principe actif utilisé dans ces expériences est extrait de l'hypophyse de bœuf, desséchée par l'acétone puis traitée par l'eau distillée. En portant le pH du filtrat à 5,2 puis en le filtrant à travers une membrane de collodion, on obtient ce principe débarrassé des protéines. Injecté à des rats à une dose représentant 300 à 400 milligr. de préhypophyse répartis en 6 ou 7 injections, on constate une augmentation de volume des îlots de Langerhans en même temps qu'une multiplication de ces éléments.

Cet ultrafiltrat ne contient pas d'hormones gonadotropes ou thyrotropes. Cette préparation n'agit en aucune manière sur la maturation des follicules et inversement, des doses de 500 unités-rat de prolan ne modifient pas le pancréas des rats mâles.

P.-E. Morhardt.

Fr. Hoffmann et **K. J. Anselmino.** ***Les effets sur le métabolisme de la substance pancréatrope*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 37, 16 Septembre 1933). — Les travaux relatifs à l'action des extraits de préhypophyse sur le métabolisme des hydrates de carbone n'ont pas donné, d'après H. et A., jusqu'ici, de résultats très concordants. Mais, avec la substance pancréatrope que ces auteurs ont réussi à extraire, ils arrivent à provoquer chez le chien et chez le lapin une hypoglycémie nette. L'hyperglycémie alimentaire qui survient chez le chien et chez le lapin, respectivement après 10 gr. et 0 gr. 5 de glucose, est notablement réduite par une injection préalable du principe pancréatrope. L'hyperglycémie adrénalinique est également réduite sous l'influence de cette substance. Par contre, l'hypoglycémie insulinique n'est pas modifiée.

Cette substance diminue fortement le glycogène du foie.

Chez le chien dépancréaté, la substance pancréatrope est inactive: la glycémie ni l'hyperglycémie alimentaires ne sont pas modifiées.

P.-E. Morhardt.

D. Adlersberg et **O. Porges** ***Le pouvoir déshydratant du régime pauvre en hydrates de carbone et son utilisation en thérapeutique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 37, 16 Septembre 1933). — Les relations qui existent dans le régime entre les graisses et les hydrates de carbone agissent sur les échanges aqueux de l'organisme. Les cures d'avoine, on le sait, déterminent une imbibition des tissus qui a déjà été observée par von Noorden. Les faits de ce genre ont d'ailleurs été observés par un grand nombre d'auteurs et notamment, comme le rappellent A. et P., par Chauveau qui a fait augmenter le poids des animaux simplement en remplaçant les graisses du régime par des hydrates de carbone. Ces recherches, reprises par A. et P., ont montré que la quantité de calories, l'élimination de chlorure de sodium et l'acidité de l'urine restant constantes, le poids augmente sous l'influence des hydrates de carbone et diminue quand ces aliments sont réduits.

On a admis jusqu'ici que le glycogène emmagasiné du fait d'une alimentation riche en hydrates de carbone amène le foie à retenir une forte proportion d'eau. En tous cas, la richesse en eau du sang, jugée d'après la réfraction, le chlorure de sodium du sérum et la pression colloïdosmotique ne montre aucune modification sous l'influence du régime riche en hydrates de carbone. Par contre, le contenu en eau des téguments varie. En mesurant le temps de résorption d'une papule intracutanée, on a constaté une augmentation sous l'influence du régime riche en hydrates de carbone et pauvre en graisses. L'avidité de la peau pour l'eau serait donc diminuée dans ces conditions.

Chez les malades atteints de gonflement articulaire, il a été constaté que l'épanchement diminue sous l'influence du régime pauvre en hydrates de carbone et inversement. De même, la quantité d'expectoration baisse quand on réduit les hydrates de carbone en cas de bronchectasie. Cette rétention d'eau n'est certainement pas due à une action du rein comme le montrent des expériences de diurèse provoquée. Il y a par contre lieu de songer au foie qui joue un grand rôle dans les échanges aqueux.

Quoi qu'il en soit, le régime pauvre en sel comme le régime pauvre en hydrates de carbone peut être utilisé pour favoriser les effets des diurétiques usuels.

Le régime pauvre en sel a été conseillé au cours de ces dernières années, notamment par von Noorden, à cause de ses propriétés antiphlogistiques. Il est probable que dans le régime de Herrmannsdorfer et Sauerbruch, c'est précisément la réduction de NaCl qui représente l'élément actif. Or, sur le lupus, il a été constaté par Volk que des effets thérapeutiques favorables peuvent être obtenus avec le régime pauvre en hydrates de carbone aussi bien qu'avec le régime de Herrmannsdorfer et Sauerbruch.

A ce propos, A. et P rapellent que Weigert a montré, il y a 25 ans, que les animaux alimentés avec des hydrates de carbone font des tuberculoses beaucoup plus sévères que les autres.

Parmi les indications de ce régime figurent les œdèmes divers, les hydropisies inflammatoires ou non, les épanchements par stase, l'ascite, les néphroses, l'hypertension, le diabète insipide, l'hyperhydrose, le lupus, la tuberculose chirurgicale, les dermatoses exsudatives, les migraines, les affections des voies respiratoires, les états fébriles, etc. Il semble, en somme, que les relations entre les hydrates de carbone et les graisses du régime aient une influence, non seulement sur les échanges aqueux, mais encore sur la réactivité de l'organisme à l'égard des nuisances inflammatoires.

P.-E. Morhardt.

E. Flaum et **R. Rössler.** ***L'action cardiaque des corps puriques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 38, 23 Septembre 1933). — Jusqu'ici, les dérivés puriques ont été peu étudiés au point de vue de leur pouvoir d'activation sur le cœur. On ne connaît guère que leur action dilatatrice sur les vaisseaux coronaires. F. et R. ont repris cette question en étudiant la caféine, la théobromine, la théophylline sur un cœur de chien préparé selon la méthode de Starling et rendu insuffisant par un travail prolongé, ou par une intoxication au moyen de dérivés barbituriques, d'acide carbonique ou de chloroforme.

Dans ces conditions, un dérivé de la théobromine (agurine), à la dose de 0 gr. 05, s'est montré capable d'abaisser la pression dans les oreillettes, d'augmenter le débit par minute et la pression aortique sur un cœur fatigué par un travail prolongé. Au cours de cette expérience, la fréquence du pouls a augmenté de 14 pour 100 seulement alors que le débit par minute a exactement décuplé.

Sur le cœur lésé par le chloroforme, assez pour réduire son débit par minute de 57 pour 100 et son débit par pulsation de 59 pour 100, la caféine à la dose de 0 gr. 2 a augmenté le débit par pulsation d'une façon significative. Sur un cœur altéré par l'acide carbonique on a pu déterminer des effets analogues au moyen de la théophylline à la dose de 0 gr. 05. Il en a été de même avec les dérivés de l'acide barbiturique qui se montrent capables de réduire fortement l'activité du cœur. Alors, la théocine à la dose de 0 gr. 05 a des effets nets. Il ne semble pas y avoir de très grandes différences entre les divers corps étudiés au point de vue de leurs effets thérapeutiques. Cependant la théophylline et la théocine seraient plus actives.

Cette action ne doit pas être attribuée simplement à la dilatation des coronaires. Il doit exister également une action inotrope directe positive comme le montre le fait que l'acide carbonique et les dérivés de l'acide barbiturique sont eux aussi capables de dilater les coronaires tout en lésant le cœur.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE
(Leipzig)

A. Rütz (Berlin). ***Un cas de mort par l'avertine*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXL, n°s 3-4, Avril 1933). — Un enfant de 2 ans, pesant 11 kilogs, est endormi par l'injection intrarectale de 1 gr. 4 d'avertine en vue de subir la cure radicale d'une hernie inguinale. Malgré une injection de coramine, syncope respiratoire et mort. A l'autopsie on trouve un thymus pesant 32 grammes, et un développement anormal des ganglions lymphatiques. Malgré la constatation de ce « status thymico-lymphaticus », R. admet que la dose d'avertine a été trop forte, et propose de n'injecter chez les enfants qu'une dose de 0,1 gr. par kilog.

P. Wilmoth.

ZEITSCHRIFT für UROLOGIE
(Leipzig)

Franz Gaspar. ***2 cas de rétrécissements de l'urètre après traitement de la blennorragie par la solution concentrée de trypaflavine (méthode de Veresse-Goldberger)*** [*Zeitschrift für Urologie*, t. XXVII, n° 7, 1933]. — V. et G. ont conseillé comme traitement abortif de la blennorragie un lavage à la solution de trypaflavine à 1/3.000, suivi d'une instillation avec une solution à 1/4 pour 100.

G. a appliqué la méthode dans 11 cas et en a obtenu une rapide cessation de l'écoulement, avec disparition du gonocoque. Mais dans 2 cas il a observé l'apparition d'un rétrécissement précoce et dur.

Il conseille l'emploi de la trypaflavine en lavages à 1/3.000, mais rejette l'usage de la solution concentrée.

Bernard Fey.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Tübingen)

Bauer et **Jenner.** ***L'opération de Henlé-Albee dans le traitement du mal de Pott est-elle encore permise ?*** (*Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVII, n° 4, Avril 1933). — Pour répondre à une pareille question, B. et J. ont utilisé les résultats éloignés de 84 cas opérés à la clinique de Söttingen en les étudiant comparativement à ceux traités antérieurement par la méthode orthopédique. Ils font tout d'abord remarquer que l'accord en Allemagne est loin d'être fait sur l'utilité de cette opération puisque en 1930 sur 76 chi-

rurgiens, 30 étaient opposés à cette méthode et 46 en étaient au contraire partisans.

Si on étudie les résultats au point de vue radiographique on peut conclure que dans l'immense majorité des cas le greffon prend et paraît faire corps avec les vertèbres sus et sous-jacentes. Toutefois cette prise ne peut avoir la prétention d'empêcher les inflexions secondaires de la colonne.

Ce qui importe surtout, c'est l'étude critique des résultats éloignés et, sur les 84 cas opérés, 82 datent de plus de 8 ans, 2 seulement de 6 ans. Les résultats ne sont pas bien brillants, car le chiffre des décès (non pas opératoires mais dus à l'évolution de la maladie) est de 40 pour 100; malades non guéris, 4,4 pour 100; améliorés 6 pour 100; guéris 49 pour 100. Si l'on compare ces chiffres avec ceux fournis par l'étude de 312 cas traités à la même clinique de 1890 à 1916 par le traitement orthopédique on a obtenu avec celui-ci : mortalité 59 pour 100; malades non guéris 5 pour 100; guérisons: 36 pour 100. En ne s'en tenant donc qu'aux chiffres, il semblerait que la balance doit pencher légèrement en faveur de l'intervention; toutefois si l'on étudie les résultats suivant l'âge et suivant l'état général du malade (autres localisations tuberculeuses), on se rend compte que ce sont ces deux facteurs qui commandent les résultats et il semble bien à B. et J. que l'opération ankylosante (qui laisse subsister le foyer et ne peut en rien être comparée à une résection pour tuberculose articulaire) ne doive plus avoir que des indications exceptionnelles.

J. Sénèque.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA (Buenos-Aires)

R. G. Herrera. ***Contribution à l'étude de la métropathie hémorragique*** (*Revista medica latino-americana*, t. XVIII, n° 212, Mai 1933). — La métropathie hémorragique est moins rare qu'on le professe en général. Sur une expérience de plus de 4.000 cas d'affections gynécologiques, H. la trouve dans la proportion de 1 pour 100 chez les femmes jeunes, proportion qui s'élève jusqu'à 22 pour 100 aux approches de la ménopause.

La symptomatologie se réduit à des métrorragies abondantes, de rythme varié, causant parfois une anémie grave. L'utérus est ramolli et augmenté de volume.

Les ménorragies se prolongent par suite d'une perturbation du cycle menstruel; il ne se forme pas de corps jaune; les follicules en maturation persistent; plusieurs follicules se développent simultanément et incomplètement.

Le curettage, la radiothérapie, la résection ovarienne, selon les cas, constituent les thérapeutiques les plus sûres.

Bibliographie de ce chapitre de la gynécologie

G. d'Heucqueville.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE BIOLOGIA DE CONCEPTION

G. Rahm. ***Observations sur les groupes sanguins dans l'île de Pascua*** (*Boletin de la Sociedad de Biologia de Conception*, 1933). — L'étude des groupes sanguins éclaire souvent le problème des races humaines.

R. a déterminé le groupe sanguin chez 63 habitants de l'île de Pascua. Près de 70 pour 100 d'entre eux se classent dans le groupe A, 25 pour 100 dans le groupe O. Cette enquête infirme l'hypothèse d'une origine commune aux Pascuens et aux Indiens de l'Amérique du Sud, qui appartiennent au groupe O dans la proportion de 75 pour 100.

G. d'Heucqueville.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

E. Lauwers (Courtrai). ***Recherches sur les injections intra-artérielles dans le cancer*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. V, n° 5, Mai 1933). — Dans le but de provoquer la destruction élective de la cellule cancéreuse sans entraîner d'intoxication, L. s'est adressé aux injections thérapeutiques directes dans les artères régionales sous ligatures en amont. Il a employé d'abord des suspensions à 10 pour 100 d'oxyde de cobalt dans de l'eau distillée, auquel il a ajouté par la suite des doses croissantes de sels de thallium. Les injections sous-cutanées complémentaires d'émulsions fines d'oléate de thallium ont parfait le traitement.

10 observations de cancers de l'utérus, du sein, de la prostate ou du côlon, le plus souvent inopérables et avec propagation aux tissus environnants, montrent que l'injection intra-artérielle locale de suspensions métalliques s'accompagne toujours d'une rétrocession remarquable des tumeurs cancéreuses. Cette rétrocession apparente doit être mise sur le compte de l'ischémie. A cette action sclérosante s'ajoute vraisemblablement une action cytophylactique, car les préparations montrent non seulement une mobilisation générale des phagocytes, mais encore un épaississement considérable des travées péri-conjonctives tumorales. Il n'y a jamais de réactions cellulaires comparables à celles déclenchées dans les tumeurs malignes par les radiations, mais on a observé plusieurs cas d'histolyse de foyers cancéreux et même de nécrose ganglionnaire brutale.

L. n'accorde aucune action thérapeutique spécifique aux métaux employés. Le thallium, poison électif de la couche germinative pileuse, n'a aucune propriété cancéricide particulière. Le principe essentiel de la méthode: injection intra-artérielle de suspension métallique, permet d'amener, sans danger pour l'individu, des quantités médicamenteuses toxiques au contact immédiat des cellules cancéreuses.

Il serait imprudent de porter, avant un certain recul, un jugement sur la valeur thérapeutique des injections intra-artérielles dans le traitement du cancer.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

C. L. Cummer. ***Syphilis à la suite d'une transfusion*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 6, Juin 1933). — On a déjà publié en Amérique une douzaine de cas de transfusion suivie de syphilis. Dans la plupart des cas le donneur avait été un des membres de la famille. L'éruption caractéristique s'est montrée de 1 à 4 mois après la transfusion.

C. y ajoute 2 observations nouvelles. Dans la première la réaction de Wassermann n'avait pas été pratiquée avant la transfusion chez le donneur qui était la sœur du malade. Les manifestations cutanées apparurent 2 semaines après. Chez la seconde malade, vu l'urgence, la séro-réaction avait été omise également chez le donneur, le beau-frère de la patiente.

Les nouvelles méthodes de microprécipitation de Kline permettront peut-être d'obtenir très rapidement des renseignements sur la sérologie des donneurs. De plus, on n'oubliera pas avant la transfusion d'examiner les téguments, même chez les donneurs professionnels qui ont pu se contaminer récemment et peuvent présenter dans ces conditions un Wassermann négatif.

P.-L. Marie.

H. A. Rafsky. ***Valeur diagnostique des cristaux biliaires*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 6, Juin 1933). — Pour R. l'examen microscopique de la bile recueillie par tubage duodénal avant l'intervention chirurgicale fournit de précieux renseignements. Il l'a pratiqué chez 69 malades dont 47 avaient une histoire typique de lithiase biliaire et dont 22 n'accusaient que de vagues symptômes gastriques. Il a comparé les cristaux trouvés avec ceux obtenus par raclage des calculs extraits ou ceux de la bile renfermée dans la vésicule enlevée. Il a constaté qu'il y avait identité entre tous ces cristaux, qu'il s'agisse de cristaux typiques ou atypiques de cholestérol, de granulations de bilirubinate de chaux ou de cristaux de carbonate de chaux.

R. insiste sur l'importance du nombre de cristaux. Quelques cristaux isolés de cholestérol ou une petite quantité de bilirubinate de chaux n'ont guère de valeur diagnostique. Mais de nombreux cristaux de cholestérol ou de grosses quantités de bilirubinate ont indiqué avant l'opération, quelles que fussent l'histoire clinique ou les données radiologiques, une cholécystite calculeuse (64 pour 100 des cas) ou une cholécystite non calculeuse (33 pour 100 des cas), la méthode ne permettant pas de se prononcer entre ces deux états pathologiques.

Il faut donc recourir plus souvent qu'on ne le fait à ce procédé d'exploration chez les sujets ayant des symptômes gastriques plus ou moins persistants. Dans quelques-uns de ces cas il a été l'unique moyen de dépister une affection des voies biliaires. Il faut noter toutefois que dans un cas on ne trouva pas de lithiase ni de cholécystite non calculeuse manifeste macroscopiquement, malgré la présence de cristaux biliaires.

P.-L. Marie.

L. H. Sigler. ***Observations cliniques sur le réflexe du sinus carotidien*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, n° 1, Juillet 1933). — Dans la première partie de ce travail S. étudie la fréquence et le degré de positivité du réflexe du sinus carotidien dans les états pathologiques variés qu'il classe en 5 catégories: sclérose coronarienne, le plus souvent accompagnée d'artériosclérose; hypertension et cardiopathies d'origine hypertensive; cardiopathies rhumatismales; asthénie neuro-circulatoire; maladies générales constitutionnelles sans altérations du cœur. Un grand nombre de ces malades présentèrent du ralentissement des pulsations, son degré étant bien plus marqué chez les artérioscléreux et les hypertendus. La fréquence du ralentissement et son intensité furent moindres dans les cardiopathies rhumatismales et dans les maladies constitutionnelles, mais c'est dans l'asthénie neurocirculaire qu'il fut le moins fréquent et le plus faible. Dans chacune de ces catégories, les femmes présentèrent moins souvent du ralentissement que les hommes, et à un degré nettement moindre. Il est probable que ces différences sont dues à ce qu'une prédisposition vagotonique est nécessaire pour que le réflexe soit positif. Cette prédisposition serait plus grande chez les hommes et au minimum dans l'asthénie neuro-circulaire. Les affections telles que la sclérose du sinus carotidien, du cœur ou du noyau du vague augmentent le réflexe chez les sujets prédisposés.

Dans la seconde partie, S. examine l'influence de l'âge sur le réflexe. Il a constaté que la réponse à la pression exercée sur le sinus est faible dans l'adolescence et qu'elle s'accroît avec l'âge pour arriver à un maximum vers le milieu de la vie. Le réflexe fit défaut dans les cas de bradycardie sinusale prononcée. Par contre, c'est dans les bradycardies modérées qu'il fut trouvé à son maximum. Dans les tachycardies, il est très diminué. C'est chez les artérioscléreux présentant des si-

gnes de vagotonie évidente (bradycardie sinusale, arythmie sinusale) que la réponse fut le plus intense. On peut en inférer qu'une prédisposition vagotonique est nécessaire pour la production du réflexe, prédisposition qui est à son maximum chez l'adulte; elle semble avoir un seuil physiologique en dessous duquel la stimulation ne provoque plus de réponse.

Dans ses recherches, S. a constaté que le réflexe se produit plus souvent chez les patients ayant des douleurs précordiales que chez les autres. La différence fut surtout marquée dans la catégorie de l'asthénie neuro-circulatoire. Il faut noter d'ailleurs que chez bien des sujets où la réponse était intense, il n'existait pas de douleurs et que rarement la pression exercée sur le sinus provoqua ou accentua la douleur précordiale. Ces faits indiquent que la douleur précordiale peut être due dans certains cas à une hypervagotonie. Il est probable que celle-ci, avec la vasoconstriction coronarienne qui en résulte et l'anémie myocardique consécutive, peut être une cause d'angor chez certains sujets.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY (New-York)

Elliot C. Cuttler et **Robert Zollinger** (Boston). ***L'emploi des solutions sclérosantes dans le traitement des kystes et fistules*** (*The American Journal of Surgery*, t. XIX, n° 3, Mars 1933). — Les auteurs ont traité par la solution de Carnoy

Alcool absolu	6 cmc.
Chloroforme	3 cmc.
Acide acétique glacial	1 cmc.
Perchlorure de fer	1 gr.

ou par la solution de Zenker diverses lésions kystiques ou fistuleuses.

a) Deux gliomes kystiques du cervelet (mais les observations s'arrêtent à la sortie des malades de l'hôpital).

b) 3 cas de fistules et kystes congénitaux du cou, dont deux communiquant avec le pharynx au niveau de la région amygdalienne.

c) 3 cas de fistules coccygiennes.

Dans ces 6 derniers cas, au prix d'une douleur très vive au moment de l'injection qui fut suivie d'un lavage du trajet avec une solution non irritante, la guérison semble avoir été obtenue sans intervention.

P.-A. Huet.

Il POLICLINICO [Sezione pratica] (Policlino)

A. Ciminata. ***Sur le traitement chirurgical de l'ictère grave intra-hépatique (hépatogène)*** [*Il Policlinico* (sez. pratica), t. XL, n° 10, 6 Mars 1933]. — Une femme de 35 ans a dans ses antécédents deux ictères, l'un après une émotion, l'autre à la fin d'une grossesse, et plusieurs coliques hépatiques dont certaines suivies d'ictère; une cholécystostomie permet d'évacuer des calculs: trois ans après l'intervention, elle présente de nouvelles coliques hépatiques avec ictère passager. puis s'installe un ictère avec cholurie abondante et décoloration complète des selles: l'abdomen n'est pas douloureux, le foie ne déborde pas le rebord costal, la température est normale; après plusieurs semaines, l'ictère est devenu très foncé, l'état général est mauvais, des nausées et des vomissements apparaissent ainsi que des hémorragies gingivales. A l'intervention, on trouve la vésicule adhérente; la lumière du cystique est complètement oblitérée; le cholédoque et l'hépatique ne contiennent aucun calcul et sont vides de bile; on enlève la vésicule; on place un drain dans le cholédoque; la bile ne commence à s'écouler qu'à la fin du troisième jour; le 30e jour, la fistule biliaire se ferme spontanément; revue au bout de huit mois, la malade peut être considérée comme guérie.

C'est donc un exemple de ces ictères prolongés avec cholurie et décoloration des matières fécales, où il n'y a pas d'obstacle à l'excrétion de la bile mais où sa sécrétion ne se produit pas; le drainage des voies biliaires pratiqué dans quelques cas semblables a donné des succès incontestables; son mode d'action est difficile à interpréter. C. pense que le drainage agit sur le système nerveux de l'appareil hépato-biliaire et produit une stimulation de la sécrétion de la bile.

Lucien Rouquès.

F. Corelli. ***Chromoscopie gastrique avec le rouge neutre intraveineux; valeur clinique et comparaison avec l'épreuve à l'histamine*** (*Il Policlinico* [sez. pratica], t. XL, n° 11, 13 Mars 1933). — C. expose les résultats d'une centaine de chromoscopies gastriques au rouge neutre, méthode simple et inoffensive dont le principe est le suivant: on place une sonde dans l'estomac d'un sujet à jeun; on lui injecte dans une veine 40 milligrammes de rouge neutre en solution dans l'eau distillée et on note le moment d'apparition de la coloration caractéristique dans le liquide gastrique.

Le rouge neutre n'apparaît dans l'estomac qu'en présence d'acide chlorhydrique, que celui-ci soit sécrété spontanément ou après injection d'histamine; dans la plupart des cas, le rouge neutre passe dans l'estomac d'autant plus rapidement que la teneur en acide chlorhydrique est plus élevée et chez un même sujet, le délai d'apparition du rouge neutre varie suivant le taux d'acidité existant au moment même de la recherche, fait à retenir pour comparer les résultats d'examens successifs.

L'épreuve au rouge neutre paraît de valeur bien moindre que l'épreuve à l'histamine; en particulier, elle ne permet pas de différencier les vraies des fausses anachlorhydries; cependant, elle peut mettre hors de doute la présence d'acide chlorhydrique dans certains cas où il est masqué par une évacuation anormalement rapide et par le reflux des sécrétions biliaires dans l'estomac, comme chez les porteurs de gastro-entérostomie.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA (Rome)

V. Porta. ***Contribution clinique à la connaissance de l'ictère splénomégalique familial*** (*La Clinica Medica Italiana*, t. LXIV, n° 2, Février 1933). — P. rapporte les observations typiques de deux frères atteints d'ictère hémolytique congénital; la fragilité globulaire était manifeste chez leur père et chez 4 de leurs frères, en apparence indemnes. Dans les deux cas, l'adrénaline a déterminé une spléno-contraction nette, bien que Greppi et d'autres auteurs admettent que la rate hémolytique, caractérisée par une congestion intense de la pulpe sans dilatation vasculaire, est incapable de réagir à l'adrénaline. Chez un des malades, l'adrénaline n'a pas modifié le nombre des globules rouges et a réduit de 15 pour 100 la masse sanguine, avec une diminution légère du volume relatif du plasma; chez l'autre, le nombre des globules rouges s'est accru d'un demi-million et la masse sanguine a nettement augmenté, l'augmentation portant plus sur le plasma que sur les globules, eux-mêmes en plus grande quantité que l'élévation de leur nombre pouvait le faire supposer. Les résultats opposés de l'épreuve à l'adrénaline chez deux malades présentant le même tableau clinique semblent indiquer qu'elle n'a aucune valeur pour le diagnostic.

Lucien Rouquès.

G. Casolo et **E. Barengo.** ***Le quotient lipoïdique du sang (cholestérine sur lécithine) dans l'hypertension artérielle*** (*La Clinica medica Italiana*, t. LXIV, n° 2, Février 1933). — La cholestérinémie est constamment augmentée chez les hypertendus essentiels et chez les hypertendus avec artériosclérose, l'augmentation n'étant proportionnelle ni à l'âge des malades, ni au degré de leur hypertension. La lécithine du sang est diminuée dans l'hypertension pure et augmentée dans l'hypertension avec artério-sclérose; le quotient cholestérine sur lécithine est donc plus élevé chez les malades du premier groupe que chez ceux du second. Chez les hypertendus avec lésions rénales, la cholestérinémie est normale ou élevée, l'augmentation se produisant chez les sujets ayant des altérations rénales accentuées; inversement, la lécithine est augmentée chez ceux dont les fonctions rénales sont le moins touchées. Chez les diabétiques hypertendus, la cholestérinémie et la lécithinémie sont augmentées, avec, dans les deux tiers des cas, élévation du quotient lipoïdique.

Admettant la conception de Dresel et Sternheimer, sur la nature sympathicotrope de la cholestérine et vagotrope de la lécithine, C. et B. pensent que l'hypercholestérinémie sans augmentation de la lécithinémie des hypertendus essentiels est l'expression d'une hypertonie sympathique, tandis que l'hypercholestérinémie avec hyperlécithinémie moins accentuée des hypertendus artério-scléreux est celle d'une élévation des deux tonus sympathique et vagal, surtout accusée pour le premier.

Lucien Rouquès.

O. Da Rin et **P. Lamuraglia.** ***L'épreuve de la bromosulfaléine dans l'étude du fonctionnement hépatique*** (*La Clinica medica Italiana*, t. LXIV, n° 2, Février 1933). — Rosenthal et White ont proposé d'étudier le fonctionnement hépatique avec la bromosulfaléïne (B.S.F.) ou phénol-tétra-bromo-sulfon-phtaléine sodique, substance qui, introduite dans les veines, est éliminée presque en totalité dans la bile; on l'injecte à la dose de deux milligr. par kilogramme et on la dose dans le sérum au bout d'une demi-heure. D'après les recherches de D. R. et L., la rétention de la B.S.F. varie chez les sujets normaux de 0 à 5 pour 100 et chez les hépatiques de 5 à 100 pour 100; les rétentions les plus fortes s'observent dans les affections hépatiques avec ictère; l'épreuve de Rosenthal et White est assez sensible pour déceler des altérations hépatiques légères; la rétention de la B.S.F. varie comme la bilirubinémie et l'urobilinurie. Chez les sujets normaux, la quantité de la B.S.F. éliminée par l'urine ne dépasse pas 1,5 pour 100 de la dose injectée; l'élimination est un peu plus forte chez les hépatiques, mais pas toujours proportionnelle à la quantité retenue dans le sérum; les affections rénales ne modifient pas sensiblement l'élimination urinaire de la B.S.F. Simple, pratique et inoffensive, la méthode de Rosenthal et White est à recommander pour l'exploration fonctionnelle du foie.

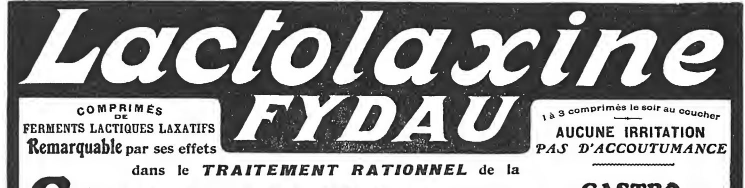
Lucien Rouquès.

ANNALI D'IGIENE (Rome)

A. Spinelli et **U. Reitano.** ***Recherches sur les blattes comme agents de diffusion des germes du choléra, de la fièvre typhoïde et de la dysenterie bacillaire*** (*Annali d'Igiene*, t. XLII, n° 11, Novembre 1932). — Après un repas infectant, les déjections des blattes contiennent encore les germes du choléra, de la fièvre typhoïde et de la dysenterie type Shiga après 86, 72 et 96 heures; les mêmes germes peuvent être trouvés dans le tube digestif des insectes après 15, 9 et 6 jours et


ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS
OZÈNES
BULGARINE THÉPÉNIER
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES
1° BOUILLON 4 Verres à Madère par jour
2° COMPRIMÉS
6 à 8 Comprimés par jour avant les repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e


LABORATOIRES MARTINET
NÉO-COLLARGOL
PILULES
POMMADE
OVULES
Une teneur en argent très élevée
Un produit toujours identique dans sa composition
LABORATOIRES H. MARTINET
16, rue du Petit-Musc. PARIS. IVe


Lactolaxine
FYDAU
COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
Remarquable par ses effets
1 à 3 comprimés le soir au coucher
AUCUNE IRRITATION
PAS D'ACCOUTUMANCE
dans le TRAITEMENT RATIONNEL de la
CONSTIPATION et des INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES
Littérature et Echantillons : Laboratoires Biologiques, ANDRÉ PÂRIS, 4, Rue de La Motte-Picquet PARIS.

leur virulence n'est pas modifiée. Le rôle des blattes dans la diffusion des maladies infectieuses à manifestations intestinales a été contesté : les expériences de S. et R. démontrent qu'il est théoriquement à retenir et, en pratique, tout porte à croire que dans les quartiers humides et sales où les blattes fourmillent, il n'est pas négligeable, d'autant plus que pour ces germes tout au moins les blattes se comportent comme des porteurs sains de virus.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE MEDICO DELL' ALTO ADIGE
(Bolzano)

A. Conti. ***Influence de l'adrénaline par voie parentérale sur la diurèse horaire*** (*Giornale medico dell' Alto Adige*, t. V, nos 1 et 2, Février 1933). — Après l'injection sous-cutanée d'un milligramme et demi d'adrénaline, la diurèse horaire est diminuée dans la plupart des cas ; plus rarement et surtout chez les malades qu'on a fait boire, l'adrénaline a un effet polyurique. En même temps que celle de l'eau, les éliminations de chlorure de sodium et d'urée sont réduites ainsi que, mais à moindre degré, celles de l'acide urique, des phosphates et des sulfates ; aucun parallélisme ne s'observe dans les diminutions respectives des divers composants urinaires ; dans les cas où l'adrénaline produit une polyurie, les quantités de chlorure de sodium et d'urée éliminées peuvent diminuer. Il n'y a pas de différence sensible dans l'action de l'adrénaline sur la diurèse aqueuse et saline chez les rénaux et les sujets à reins indemnes. Il n'y a pas toujours de rapport entre l'importance et la durée de l'inhibition de la diurèse et celles de l'élévation de la pression artérielle.

LUCIEN ROUQUÈS.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

V. Maselli. ***L'apophysite tibiale ou maladie de Schlatter-Osgood*** (*La Riforma medica*, t. XLIX, n° 7, 18 Février 1933). — Les arrachements ou les fractures de l'apophyse antérieure du tibia doivent être décrits comme maladie de Schlatter-Osgood, que le traumatisme agisse sur un os sain ou sur un os présentant une lésion constitutionnelle. Contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, il existe des lésions squelettiques du type Schlatter, qui diffèrent nettement de la maladie de Schlatter par leur évolution clinique tendant moins à la guérison et par leur aspect radiographique ; ces lésions relèvent de causes variées : infections par microbisme latent, hérédo-syphilis, tuberculose, rachitisme tardif et, comme dans un cas de M., trouble de l'ossification enchondrale lié probablement à un déséquilibre endocrino-sympathique. Le traitement de ces lésions doit être non sanglant, car on obtient des résultats satisfaisants par l'immobilisation plâtrée associée à une thérapeutique générale qui est, suivant l'étiologie, recalcifiante, opothérapique ou anti-syphilitique.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA
(Turin)

L' d'Antona. ***La septicémie subaiguë et lente à entérocoques*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 10, 10 Mars 1933). — Un homme de 51 ans ayant eu des crises de rhumatisme articulaire aigu à 22 et 37 ans présente un état fébrile léger, puis une tuméfaction rouge et douloureuse d'une paupière, d'un avant-bras et d'une cuisse. A l'hôpital, on constate un œdème à topographie irrégulière prédominant sur la région orbitaire et les lèvres, les bras et les avant-bras, les cuisses et la région vertébrale ; sur la figure et les mains, existent des taches blanches, ischémiques, dont le contour irrégulier tranche sur une zone érythémateuse ; il y a un souffle systolique ; la rate est un peu dure et déborde de deux doigts ; les urines sont normales ; la température oscille entre 37 et 38 et le malade a parfois des frissons ; il n'y a pas de leucocytose sanguine appréciable ; les polynucléaires varient de 63 à 76 pour 100 et les monocytes de 11 à 14. Après cinq mois d'évolution, le malade meurt de broncho-pneumonie. A deux reprises, l'hémoculture donne un germe d'aspect streptococcique qui sur les milieux au sang donne des colonies ressemblant en tous points à celles du viridans ; le même germe existe dans les urines. Tout paraît donc confirmer le diagnostic d'endocardite lente banale, mais l'identification complète du germe montre qu'il s'agit d'un entérocoque indiscutable. A l'autopsie, on trouve des lésions d'endocardite ancienne, des lésions hépatiques, les unes diffuses et portant surtout sur les noyaux, les autres nodulaires avec une couronne d'éléments monocytoïdes, et des lésions cutanées, les petits vaisseaux du derme étant entourés au niveau des macules d'un manchon de monocytes.

Cette observation, qui n'est pas unique, démontre que l'entérocoque, loin d'être dépourvu de rôle pathogène, peut donner lieu à des affections mortelles simulant la maladie d'Osler, par leur symptomatologie (en particulier leurs signes d'endothéliite artério-capillaire) et le terrain sur lequel elles se développent (endocardite rhumatismale) ; l'examen attentif du germe isolé permet seul d'affirmer sa véritable nature.

On admet que les animaux sont peu sensibles à l'entérocoque et, en effet, les lapins inoculés par d'A. avec le germe de son malade n'ont rien présenté ; mais il a pu réaliser des endocardites mortelles chez un cheval et plusieurs lapins en inoculant l'entérocoque à des animaux ayant subi des injections répétées de streptocoques avirulents ou de vaccin anti-pyogène polyvalent ; l'évolution de ces endocardites a été nettement plus lente que celle des endocardites expérimentales à autres germes. Les endocardites observées ne dépendent pas d'une réaction allergique de l'endocarde comme celles qui ont été décrites par Bieling, car les animaux étaient en état d'hyper-immunisation. On sait que De Vecchi a montré que l'introduction dans la circulation de germes ou de toxines microbiennes provoque des altérations plus ou moins importantes de l'endocarde et des valvules. Il est probable que, dans les expériences d'A., le traumatisme des injections de vaccin ou de streptocoques a déterminé au niveau des valvules un lieu de moindre résistance où l'entérocoque inoculé secondairement a pu se greffer.

LUCIEN ROUQUÈS

S. Urso. ***L'insuline comme moyen d'étude de la sécrétion gastrique*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 11, 17 Mars 1933). — U. a utilisé la propriété de l'insuline d'exciter la sécrétion gastrique comme moyen d'exploration ; une sonde d'Einhorn est introduite à jeun dans l'estomac ; on injecte sous la peau 10 unités d'insuline et on recueille le suc sécrété toutes les 15 minutes ; en pratique, on peut se contenter d'un seul prélèvement au bout d'une demi-heure. La quantité de suc sécrété est environ la moitié de celle qu'on obtient avec l'histamine ; chez les sujets normaux, l'acide chlorhydrique total atteint un taux de 2 à 2.90 pour 1.000 et chez les hyperchlorhydriques, il peut dépasser 4 pour 1.000. L'insuline paraît agir par l'intermédiaire du vague, car l'injection d'un milligramme de sulfate d'atropine arrête la sécrétion.

L'épreuve à l'insuline, comme l'épreuve à l'histamine, est préférable aux repas d'épreuve, car elle donne un suc gastrique pur. Elle a sur l'épreuve à l'histamine les avantages de ne déterminer aucun phénomène désagréable pour les malades et de donner une marge plus grande entre les taux d'acidité des sujets normaux et des hyperchlorhydriques.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

A. Gasparini. ***Rapports fonctionnels entre le corps thyroïde et la rate*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. LVII, n° 3, Mars 1933). — On observe constamment, à l'examen du corps thyroïde des lapins splénectomisés, les modifications suivantes qui sont d'autant plus accusées que la splénectomie est plus éloignée : les cavités folliculaires sont augmentées de volume et pleines de colloïde stagnante ; l'épithélium vésiculaire est bas, écrasé avec un protoplasme dense et des noyaux petits et pycnotiques ; le nombre des granulations protoplasmiques est nettement diminué. Ces modifications traduisent donc un hypofonctionnement de la glande et cependant les animaux splénectomisés présentent un état transitoire d'hyperthyroïdisme. D'après G., cette contradiction n'est qu'apparente : en enlevant la rate, on supprime une fonction antagoniste de la thyroïde ; l'équilibre fonctionnel est rompu et la thyroïde se trouve dans un état d'hyperfonction relative ; l'organisme tend à rétablir l'équilibre en mettant en œuvre des mécanismes de suppléance de la rate et en diminuant le fonctionnement thyroïdien.

LUCIEN ROUQUÈS.

NORSK MAGAZIN
FOR LAEGEVIDENSKAPEN
(Oslo)

O. Lingjarde. ***Quelques remarques générales sur le traitement de maladies mentales*** (*Norsk magasin for laegevidenskapen*, n° 9, Septembre 1933). — L. rappelle la tendance actuelle à traiter chaque cas de manière différente suivant la symptomatologie et sans trop s'occuper de savoir à quel groupe psycho-pathologique appartient la psychose envisagée.

L. précise enfin quelques indications importantes : La stupeur et l'apathie, surtout lorsque le métabolisme basal est diminué, relèvent du traitement par le corps thyroïde. En cas d'aménorrhée, on emploiera les préparations ovariennes ; en cas d'anxiété et dépression, la solution de Lugol.

L. publie 3 observations :

1° Une asthénie psychique et physique avec aménorrhée. Guérison en 5 à 6 semaines par extrait ovarien.

2° Un cas de schizophrénie, traité d'abord par l'extrait ovarien, puis par la thyroïde pendant 2 à 3 mois. La malade est alors à peu près guérie, et capable de travailler.

3° Un cas de mélancolie traité par la solution de Lugol, amélioré en 8 jours, fut guéri en 3 semaines.

ERLING HAMMERSTAD.

NORDISK MEDICINSK TIDSSHRIFT
(Oslo)

Edmund Polack. ***Recherches sur la fonction hépatique dans la lithiase biliaire*** (*Nordisk medicinsk tidsshrift*, n° 34, 26 Août 1933). — P. décrit les divers tests de la fonction hépatique. Il considère l'épreuve au galactose de Bauer comme la meilleure.

Il a entrepris 500 épreuves au galactose sur 330 malades et arrive au résultat suivant :

En cas d'ictère prolongé, le résultat de l'épreuve au galactose est d'une grande impor-

tance pour le diagnostic entre une lésion parenchymateuse du foie et l'oblitération des voies biliaires, donc entre les ictères médicaux ou chirurgicaux. L'épreuve au galactose est également utile pour préciser le moment de l'opération. Un résultat sûrement négatif de l'épreuve permet d'attendre plus longtemps et est d'un bon pronostic pour l'avenir.

Un résultat certainement positif de l'épreuve au galactose doit faire au contraire entreprendre une thérapeutique énergique et rapide.

Erling Hammerstad.

MISCAREA MEDICALA ROMANA
(Craiova)

V. Dragaesco et **A. Dobresco.** ***Contributions à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale bénigne subaiguë (maladie de Nicolas-Favre)*** [*Miscarea medicala Romana* t. VI, nos 3-4, Mars-Avril 1933]. — Dans un premier article, D. et D. ont fait une étude d'ensemble sur la lymphogranulomatose inguinale bénigne réalisant une monographie de la maladie de Nicolas-Favre. Dans leur second article, après avoir cité une quinzaine d'observations, ils décrivent leurs recherches sur la *réaction de Frei.* L'antigène Frei employé provenait de l'Institut Cantacuzène et du laboratoire de la clinique Nicolau.

La technique des injections intra-dermiques fut observée scrupuleusement. On injecte dans le bras, côté externe, 0 cmc 2 d'antigène Frei et sur l'autre bras, toujours en injection intradermique, la même quantité de sérum physiologique stérilisé.

Les résultats, la lecture étant faite 48 heures après, étaient considérés comme positifs, seulement ceux où l'on eut une papule bien constituée, avec un diamètre de plus de 1 centimètre, entourée d'un halo érythémateux et sans suppuration locale. Dans les cas positifs, D. et D. ont constaté le plus souvent, même après 8 à 10 jours, à l'endroit de l'injection, la présence d'un nodule érythémateux.

Sur un nombre de 36 malades, ils ont obtenu les résultats suivants :

Parmi les formes avec adénopathie inguinale, sur 7 cas, tous intenses positifs, 4 seulement présentaient le type classique de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Chez 2 autres malades, la suppuration s'est effectuée par un abcès unique. Chez l'un de ces 2 malades, on nota l'apparition d'une éruption secondaire à type papuleux avec un Bordet-Wassermann + + +.

Le septième cas présentait dans la région inguinale gauche une ulcération allongée qui serait une manifestation cutanée de la maladie de Nicolas-Favre. Sur 7 malades avec des ulcérations chroniques de la vulve accompagnées ou non d'éléphantiasis, ils ont obtenu 5 réactions positives et 2 négatives. Sur 8 cas avec chancre mou ils ont trouvé 4 réactions négatives. Parmi les cas positifs, chez 3 malades on a découvert dans leurs antécédents des ulcères chroniques d'ano-rectite. Le quatrième cas à Frei + ne fut pas expliqué.

Chez 2 malades avec ano-rectite et condylomes anaux ulcérés, un résultat positif, l'autre douteux.

Une malade avec des ulcères phagédéniques et ano-rectite non gonococcique, une autre avec des fistules péri-anales superficielles, ont présenté des résultats positifs. Sur 3 malades avec tuberculose cutanée et lupus vulgaire, ils constatèrent un résultat positif chez une vieille femme avec un lupus vulgaire de la face dorsale des mains qui suivait en même temps un traitement par la tuberculine, et 2 cas négatifs. Résultats négatifs chez une malade avec des adénopathies cervicales chroniques fistulisées et chez 4 malades avec syphilis secondaire floride. D. et D. ont traité les malades par les injections de *glycérine pure stérilisée,* d'après la méthode de Pinard et Robert; sur 4 malades ils eurent 2 guérisons complètes, une amélioration (le malade ne continua pas le traitement), enfin le dernier cas est en voie de guérison.

Henri Krauter.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Jean Affolter. ***Urticaire et syncope « a frigore »*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift,* t. LXIII, n° 36, 9 Septembre 1933). — Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, dès le début d'un bain de lac, vit apparaître de la rougeur des membres et ressentit des fourmillements et des démangeaisons puis un goût métallique dans la bouche et un malaise général suivi d'une tendance à l'évanouissement. A partir de cette date, les mêmes phénomènes se sont reproduits à chaque contact avec l'eau froide. Les expériences de A., faites sur ce sujet, montrent qu'en plongeant l'avant-bras deux minutes dans l'eau à 18°, on fait apparaître de la pâleur fugace puis une horripilation et un érythème accompagné de fourmillements auquel succède un œdème qui se termine nettement à l'endroit où la peau a cessé d'être en contact avec l'eau froide. Les vaporisations réfrigérantes ont les mêmes effets.

A la suite d'un bain de baignoire de 5 minutes à 12°, le malade ressentit des troubles sensoriels puis une pâleur extrême avec disparition complète du pouls, le cœur continuant à battre à raison de 60 pulsations. Puis vint de la diarrhée intense accompagnée de plusieurs évanouissements et enfin des maux de tête, frissons, etc. Cinquante minutes après le bain, il apparut une urticaire généralisée d'un quart d'heure de durée.

Ce malade a été l'objet d'un grand nombre d'investigations.

Les globules blancs augmentent un peu au moment où l'avant-bras est plongé dans l'eau froide, puis diminuent appréciablement dans la demi-heure qui suit. On constate d'ailleurs une éosinophilie permanente atteignant jusqu'à 5 pour 100. La vitesse de coagulation du sang est augmentée par l'action du froid en même temps que la sédimentation est retardée. Le pH du plasma ni sa teneur en protéines ne varient. L'albuminurie qui existait déjà à l'état de traces s'accentue une demi-heure après que le bras a été plongé pendant deux minutes dans l'eau à 14°.

La transmission de l'allergie par la méthode de Prausnitz-Küstner a donné un résultat légèrement positif.

La pression artérielle baisse aussitôt après le bain froid.

Selon A., le choc hémoclasique n'est pas en cause. La réaction vasomotrice explique bien le collapsus ainsi que le ralentissement de la circulation provoquant vraisemblablement la transsudation et l'œdème. Néanmoins, les troubles vasomoteurs ne paraissent pas seuls en cause. Peut-être y a-t-il lieu d'admettre, sous l'influence du froid, une modification de la structure cellulaire et l'apparition d'une substance du type histamine. Il est possible également que les plaques ortiées soient la conséquence d'un choc colloïdo-clasique cellulaire avec réaction antigène-réagine selon la conception de Doerr.

P.-E. Morhardt.

H. Brunnschweiler. ***Deux cas d'hémorragie ventriculaire. Ces hémorragies posent-elles des indications opératoires ?*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift,* t. LXIII, n° 37, 16 Septembre 1933). — B. a eu l'occasion d'observer une femme ayant accouché depuis 10 jours et commençant à présenter brusquement un mal de tête d'une extrême violence, puis de grands vomissements suivis de miction spontanée et d'obnubilation croissante. On constate à ce moment une petite exagération des réflexes tendineux au membre inférieur gauche. Au bout de deux jours, la malade entre dans le coma et on constate en plus, à gauche, une ébauche d'extension du gros orteil. Le pouls est à 54 et le diagnostic d'hémorragie de l'hémisphère droit s'impose. La ponction lombaire donne un liquide légèrement xanthochromique et il apparaît, au bout de 5 jours, des crises jacksoniennes du membre supérieur gauche avec pouls à 40.

On pratique une trépanation avec ponction du foyer d'hémorragie dans le voisinage de la circonvolution rolandique moyenne, l'hémianopsie ayant pu être exclue. On retire 4 à 5 cmc d'une masse épaisse et déjà brunâtre. Le lendemain, le coma reste profond, les jambes sont contracturées en extension. On constate également du myosis maximal ainsi que de l'immobilité des globes oculaires.

Il y aurait eu, dans ce cas, inondation ventriculaire secondaire progressant du troisième ventricule à travers l'aqueduc de Sylvius pour arriver dans le quatrième ventricule où elle détermina la mort. A ce sujet, B. rappelle le cas d'une autre malade de 66 ans qu'il a eu l'occasion d'observer avec von Monakow et qui a eu une histoire assez semblable ayant donné lieu au même diagnostic, confirmé alors par l'autopsie.

En se produisant dans le ventricule, l'hémorragie provoque des phénomènes de diaschise moins accusés que quand l'hémorragie a lieu en pleine substance cérébrale. On constate ensuite des phénomènes de quadriplégie, bien observés chez la seconde malade, par compression des deux capsules internes à partir du troisième ventricule. Le passage du sang à travers l'aqueduc de Sylvius rend les globes oculaires immobiles et fait apparaître du myosis par action sur le noyau de l'oculomoteur commun et sur les tubercules quadrijumeaux. A ce moment, il apparaît de l'hyperspasticité avec contractures en extension des extrémités. L'arrivée du sang dans le quatrième ventricule se manifeste enfin par du nystagmus, d'autres troubles bulbaires et la mort.

Cet enchaînement de symptômes permet de se représenter, comme sur une carte de géographie, le parcours qu'effectue l'hémorragie ventriculaire qui se distingue ainsi bien de l'apoplexie capsulaire ou juxta-capsulaire. Dans un cas de ce genre, B. admet qu'il vaudrait mieux ponctionner ou plutôt drainer le quatrième ventricule le plus rapidement possible en le faisant largement communiquer avec la citerne et en permettant ainsi à l'hémorragie de se déverser dans le canal rachidien.

P.-E. Morhardt.

REVISTA DE TUBERCULOSIS DEL URUGUAY
(Montevideo)

A. Sarno, R. Piaggio Blanco et **J. Garcia Otero.** ***Les collapsus noirs au cours du pneumothorax par atélectasie du moignon*** (*Revista de tuberculosis del Uruguay,* t. III, n° 2, Juin 1933). — On observe souvent, dans le pneumothorax, surtout à l'occasion de processus pleuraux, le collapsus rapide et l'opacification du moignon.

S., P. B. et G. O. rapportent l'histoire d'un malade de 32 ans, chez qui est pratiqué un pneumothorax thérapeutique. Quelques jours après, l'on trouve une pression intra-pleurale négative; et la radioscopie montre l'opacification du moignon et l'attraction du médiastin. A la bronchoscopie, présence d'exsudats consistants, obstruant la lumière des bronches

A la suite d'hémoptysies, des caillots peuvent ainsi encombrer les bronches du moignon. Mais c'est d'ordinaire au cours de réactions pleurales fibreuses intenses qu'apparaît le collapsus opaque vrai.

G. d'Heucqueville.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Gourdouan. ***Un accélérateur des combustions cellulaires : la nitrophénine*** (*Le Progrès médical*, n° 14, 14 Octobre 1933). — Parmi les dérivés nitrés du phénol, l'alpha-dinitro-phénol 1, 2, 4, Thermol, ou nitrophénine a des propriétés physiologiques variables suivant les doses. Les doses subtoxiques provoquent une élévation rapide et considérable de la température qui expérimentalement a pu atteindre 45°. Cette hausse thermique est provoquée par une augmentation considérable des combustions cellulaires. La quantité de CO^2 exhalée peut décupler, le métabolisme basal s'élève à des chiffres extraordinaires, l'urée urinaire et, d'une façon générale, les déchets urinaires sont très augmentés. Aux doses normales, l'élévation du métabolisme basal se maintient à plus de 40 pour 100 et le sujet perd 800 grammes environ par semaine si l'administration est prolongée, avec une élévation de température légère ou nulle, sans troubles nerveux, digestifs ou cardiaques. Ce corps chimique constitue donc une médication indiquée dans l'obésité, dans certaines hypothermies, anidrose, hypothyroïdie. Il pourra être utilisé aussi dans la pyrétothérapie.

La dose thérapeutique par voie buccale dans l'obésité est de 3 milligr. par kilogr.; la dose sudorifique est de 5 à 8 millig. par kilogr.; la dose pyrétogène est de 10 milligr. par kilogr.; la dose toxique est de 30 milligr. par kilogr.; la dose mortelle de 50 milligr. Il existe donc une marge de sécurité supérieure à celle d'autres médicaments toxiques.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

R. Bensaude, A. Cain et A. Poirier. ***Les fibromes, fibromyomes et myomes du rectum (A propos d'un récent article sur les myomes du rectum par H. Hartmann, Mme Bertrand-Fontaine et P. Guérin)*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLII, n° 3, Septembre 1933]. — En analysant ici même (*P. M.*, n° 93, 22 Novembre 1933) l'article du Professeur Hartmann et de ses collaborateurs, nous avions signalé la rigueur avec laquelle il avait choisi les 38 observations qu'il regarde comme représentant seules les tumeurs myomateuses du rectum. Cette rigueur l'avait amené à écarter 5 observations récemment publiées par R. Bensaude et ses collaborateurs dans le numéro d'Avril 1933 des *Maladies de l'Appareil digestif*, pour cette raison qu'elles lui paraissaient être non des myomes du rectum, mais des polypes fibreux d'origine hémorroïdaire, puisque leur revêtement était un épithélium pavimenteux et non un épithélium cylindrique comme dans les tumeurs réellement rectales et qu'on y avait même trouvé un follicule pileux et une glande sudoripare.

Dans leur article, B., C. et P. protestent contre le rejet de leurs observations par une argumentation en 5 points :

1° Le cadre des myomes et fibro-myomes du rectum contient des faits très disparates et le mémoire de Verne Hunt comprend des cas se rapprochant, les uns de ceux de Hartmann et les autres des leurs.

2° La présence de quelques fibres musculaires au sein de la tumeur ne permet pas d'en faire « un fibrome avec quelques fibres musculaires », mais constitue un caractère qui justifie la dénomination de fibromyome.

3° Les observations éliminées sont celles de tumeurs du volume d'une poire, d'une châtaigne, d'une prune insérées par un long pédicule sur la paroi rectale de malades sans passé hémorroïdaire. Les fibromes hémorroïdaires sont différents cliniquement et caractérisés au point de vue histologique par la présence de zones encore celluleuses voisinant avec les veines thrombosées qui occupent encore la base du noyau fibreux.

4° Quelle que soit la nature de l'épithélium de sa couche muqueuse, la tumeur mérite de porter le nom de rectale dès lors qu'elle s'implante sur le rectum; implantation qui dans un des cas discutés se faisait à 6 cm. au-dessus de l'anus. Quant à la présence d'un épithélium pavimenteux sur cette tumeur rectale qui devrait avoir un revêtement cylindrique, elle peut s'expliquer de deux façons :

La tumeur entière, corps fibreux ou fibro-musculaire, et son revêtement muqueux pavimenteux serait une hétérotopie et la présence dans 2 cas d'un follicule pileux anormal, sans annexe sébacée, et d'une glande sudoripare, rend cette hypothèse très soutenable.

Il s'agirait d'un phénomène banal de métaplasie, d'épidermisation, dû au prolapsus de la tumeur.

5° La nature de l'épithélium, qui a déterminé le rejet des observations, n'est pas mentionnée dans une vingtaine des observations acceptées comme authentiques.

Les conclusions que l'on pressent sont que B. et ses collaborateurs considèrent comme secondaire la nature du revêtement des fibromyomes du rectum qu'il y a lieu de diviser en deux groupes :

Celui des tumeurs à implantation basse, pédiculées, prolabées, à revêtement épidermisé, auquel appartiennent les observations discutées.

Celui des tumeurs haut situées, non pédiculées, non prolabées, à revêtement cylindrique, dont l'observation de H. Hartmann et de ses collaborateurs est un bel exemple.

P. GRISEL.

P. Wilmoth, I. Bertrand et J. Patel. ***Les ganglio-neuromes abdominaux*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLII, n° 5, Novembre 1933). — Les ganglio-neuromes sont des tumeurs développées aux dépens du système nerveux sympathique et se différencient des « sympathomes embryonnaires » par la présence dans leur intimité de cellules ganglionnaires jeunes ou adultes.

Les cas, dont le nombre augmente depuis que les caractères histologiques ont été bien établis, sont au nombre de 122, sans compter celui qui est l'objet du présent mémoire. Ils ont presque toujours été observés chez des individus jeunes appartenant au sexe féminin.

D'après le siège de la tumeur on distingue :

Les névromes du sympathique périphérique (7 cas).

Les *ganglio-neuromes du système nerveux central* (23 cas).

Les névromes ganglionnaires du sympathique, eux-mêmes répartis d'après leur localisation en 3 groupes : a. *Les ganglio-neuromes cervicaux* (8 cas). — b. *Les ganglio-neuromes thoraciques* (22 cas). — c. *Les ganglio-neuromes abdominaux* (62 cas).

Ce dernier, le plus nombreux, comprend lui-même 3 types différents : Les tumeurs rétro-péritonéales sous-rénales (37 cas); des paragangliomes nés aux dépens de la médullo-surrénale (16 cas); des tumeurs pelviennes (9 cas).

L'observation publiée appartient au groupe et au type le plus fréquent, au ganglio-neurome abdominal rétro-péritonéal sous-rénal dont l'étude fait seule l'objet du mémoire.

La malade est une jeune fille de 16 ans qui à l'âge de 5 ans présentait déjà dans le flanc gauche une tumeur grosse comme une orange qu'un chirurgien abandonna après l'avoir découverte par une incision para-médiane gauche, la croyant sarcomateuse. En l'absence de tout symptôme, avec un état général parfait, c'est uniquement pour la présence d'une masse indolore remplissant la moitié gauche de l'abdomen, que la malade est soumise, 11 ans après, aux différents examens. La radiographie montre que la tumeur gauche refoule à droite le côlon droit et l'intestin grêle, refoule en haut le rein gauche et vers la droite l'uretère flexueux.

Le 23 Mars 1933, une incision transversale découvre la tumeur jaunâtre qui occupe toute la fosse lombaire, la fosse iliaque, plonge sous le rebord costal et dépasse en dedans la ligne médiane. Après énucléation et hémostase, il reste une énorme loge sous-péritonéale. Guérison après quelques incidents post-opératoires.

La tumeur enlevée, ovoïde, longue de 28 cm., pèse 2 kilogr., elle est molle, gélatineuse et laisse sourdre un abondant liquide séro-citrin d'œdème interstitiel. Son étude histologique, donnée dans tous ses détails avec de nombreux dessins des coupes, est ainsi résumée :

« Il s'agit d'un volumineux ganglio-neurome constitué essentiellement par une trame syncitiale schwannique entièrement neurotisée par des cylindraxes amyéliniques. Les nombreuses cellules nerveuses qui parsèment le néoplasme possèdent tous les caractères des éléments neuro-ganglionnaires adultes, à l'exception de la capsule. » Aucun élément à potentiel évolutif, bénignité ne laissant place à aucun doute.

Cette observation fait connaître les caractères habituels de bénignité, de lenteur d'évolution, d'absence de complications, de respect de l'état général qui sont ceux des neuro-gangliomes abdominaux. La transformation maligne n'est établie que par les cas de Beneke, de Berner, de Krogsraad, encore s'agissait-il de formes histologiquement intermédiaires entre les ganglio-neuromes et les sympathomes embryonnaires.

Le mémoire se termine par quelques considérations sur la meilleure voie d'accès à la tumeur dont l'ablation est formellement indiquée. C'est la voie para-péritonéale, avec l'incision transversale de Louis Bazy, qui est jugée la meilleure et qui a été suivie. L'hémostase doit être soigneuse, le drainage est indispensable en raison de l'abondant épanchement séro-sanguin qui se produit dans la loge sous-péritonéale déshabitée.

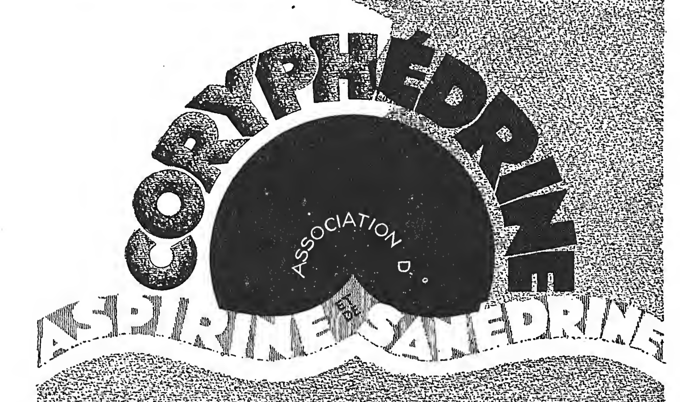
La mortalité opératoire de ces interventions sérieuses ne peut être encore fixée, faute de documents suffisants.

P. GRISEL.

L. Sabadini. ***Contribution au traitement précoce des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation. Avantages de la reposition sanglante par une voie d'abord élargie de la région (sans section de la coracoïde et du sous-scapulaire)*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLII, n° 5, Novembre 1933]. — Ce mémoire, qui fait suite à la thèse de Gérard-Marchant en 1927, donne un résumé des 25 observations de réduction sanglante d'une luxation-fracture de l'épaule, publiées depuis cette époque.

L'étude statistique est reprise, elle conduit à cette conclusion que la fracture le plus fréquemment associée à la luxation est la fracture du col anatomique, contrairement à la conclusion de Gérard-Marchant qui donnait comme la plus fréquente la fracture du col chirurgical, la plus fréquente des luxations subies par la tête humérale détachée étant la luxation sous-caracoïdienne.


DANS LES AFFECTIONS SAISONNIÈRES
DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES


CORYZA AIGU
RHUME des FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE
CORYPHÉDRINE
ASSOCIATION D'
ASPIRINE
ET DE
SANÉDRINE

La revue des méthodes de traitement conclut justement au rejet de la méthode dite *classique* qui ne tentait la réduction qu'après la consolidation de la fracture, ainsi que de la *méthode de Riberi* qui cherche à établir une pseudarthrose dans le foyer de fracture par la mobilisation précoce.

La réduction non sanglante, sous anesthésie générale, par traction et pressions, est admise comme pouvant être suivie de succès, mais S. n'en trouve que 4 observations sur les 27 qu'il a recueillies.

La méthode la meilleure est la méthode sanglante; c'est à elle que S. a eu recours avec succès dans deux cas dont il donne les observations :

L'une, d'un homme de 55 ans, atteint de fracture du col chirurgical avec luxation intra-coracoïdienne; réduction sanglante, sous anesthésie générale, au sixième jour, suivie de récupération fonctionnelle complète.

L'autre, d'une femme de 65 ans, atteinte de fracture du col anatomique et de la grosse tubérosité, avec luxation de la tête dans l'aisselle et compliquée de paralysie motrice complète; réduction sanglante immédiate, bonne au point de vue osseux, mais sans influence sur la lésion nerveuse qui persiste et dont l'évolution ne peut être connue, l'intervention étant récente.

Pour la réduction sanglante précoce, S. s'est inspiré de la voie d'abord inter-delto-pectorale dont L. Bazy a donné la technique (*Journal de Chirurgie*, t. XXI, n° 2, 1923), mais en la modifiant de façon à éviter la section de l'apophyse coracoïde et celle du tendon du sous-scapulaire.

L'incision abaissée de la coracoïde en suivant le sillon delto-pectoral, avec section juxta-claviculaire du grand pectoral et du deltoïde, est la même. Les muscles écartés, on voit et on libère le tendon de la longue portion du biceps. Dès lors on se comporte différemment suivant le siège de la fracture :

S'il s'agit d'une fracture du col chirurgical il faut sectionner transversalement les muscles coracoïdiens, courte portion du biceps et coraco-brachial, soulevés et contus.

S'il s'agit d'une fracture du col anatomique, il suffira, pour détendre et pouvoir récliner ces muscles, qu'un aide porte fortement le bras en adduction en le repoussant en haut, vers l'acromion.

Les muscles coracoïdiens sectionnés ou réclinés, la tête n'est plus recouverte que par le tendon du sous-scapulaire dont on peut diminuer la tension en faisant imprimer au bras un mouvement de rotation interne si la fracture siège au col anatomique. On découvre la tête, non pas en sectionnant obliquement le tendon du sous-scapulaire comme dans le procédé de L. Bazy, mais en dissociant les fibres du muscle dans le sens de leur longueur. La boutonnière ainsi créée permet la réduction de la tête à l'aide d'un levier-cuiller de Lambotte. Reste à réduire la fracture. Cette réduction a été facilement obtenue par S. en cessant la rotation interne du bras et en le portant en abduction à 50°. Après les sutures, un plâtre immobilise le membre dans cette attitude.

P. Grisel.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

R. Cibils Aguirre (Buenos-Aires). ***Vérification expérimentale de l'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 9, Septembre 1933). — C. A. a pu étudier, depuis 1919, 72 cas d'érythème noueux. En 1930, aux réunions collectives des deux Sociétés de pédiatrie de Montevideo et d'Argentine, il a publié un rapport sur l'étiologie de l'érythème noueux et, se basant sur les constatations cliniques, radiologiques et surtout tuberculiniques, il concluait à la nature tuberculeuse de l'affection.

La vérification expérimentale de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux a été entreprise par divers auteurs et en particulier par Landouzy et par Gutmann, mais leurs constatations ne permettent pas des conclusions formelles.

En Avril 1933, C. ayant observé une fillette de 3 ans, atteinte d'un érythème noueux typique, sans aucune autre manifestation clinique suspecte de tuberculose, demanda à M. Serfaty d'extirper dans les conditions les plus rigoureuses d'asepsie un nodule situé sur la jambe gauche. Ce nodule fut remis au directeur de l'Institut bactériologique du département national d'hygiène, M. Sordelli, qui en fit l'étude avec M. Arena, directeur de la section tuberculeuse.

Le résultat de leurs investigations fit l'objet d'un protocole détaillé.

L'examen bactérioscopique (méthode de coloration de Gram et de Ziehl-Nielsen) a fourni un résultat négatif, l'opération ayant été effectuée avec un matériel soumis préalablement au triturateur de Borrel.

Les milieux nutritifs divers qui furent ensemencés avec le même matériel (agar et bouillon peptonisé, bouillon et agar-sérum en surface et ponction, et agar-sang, après dix jours d'étuve à 37°) présentèrent seulement dans deux tubes d'agar-sérum un développement de faibles colonies de staphylocoques et un bacille prenant le Gram.

La recherche du bacille de Koch en culture directe par la méthode de Löwenstein, dans le milieu nutritif de ce dernier et dans celui de Petroff, fournit un résultat négatif.

Par contre des inoculations successives du nodule ont produit la tuberculisation expérimentale du cobaye.

G. Schreiber.

H. Grenet et E. Mourrut. ***Recherches sur les convulsions de la coqueluche*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 10, Octobre 1933). — Sur 238 cas de coqueluche observés en un an, G. et M. ont relevé 22 cas de convulsions. A l'exception d'une fillette de 7 ans 1/2, tous ces cas concernent des enfants de moins de 3 ans, dont deux seulement avaient dépassé 2 ans.

L'éclampsie peut apparaître à n'importe quelle période de la coqueluche, même à la phase catarrhale; mais elle se produit surtout dans les formes sévères. On note fréquemment, en même temps que les convulsions, des complications pulmonaires (broncho-pneumonies) et plus souvent encore des otites.

Les convulsions sont habituellement précédées d'une *phase prodromique* de 2 à 3 jours avec torpeur ou agitation, ascension thermique. Après la crise le plus souvent l'examen neurologique reste négatif et les signes cliniques d'irritation méningée restent exceptionnels. La ponction lombaire ramène généralement un liquide normal.

Les convulsions peuvent revêtir une *forme suraiguë, une forme aiguë* ou une *forme prolongée*, continue ou à accès espacés.

Le pronostic des convulsions de la coqueluche est très sévère. G. et M. n'ont eu que 2 guérisons sur 22 cas, soit une mortalité de 87,5 pour 100. Les statistiques montrent d'ailleurs que la moitié des enfants qui survivent conservent des séquelles graves (hémiplégie, localisations oculaires, auditives, etc.).

G. et M. ont pu pratiquer 15 autopsies d'enfants morts de convulsions de la coqueluche. Ils concluent de leurs recherches que les hémorragies méningées ou cérébrales en foyer, isolées, sont exceptionnelles et ils s'élèvent résolument contre la *théorie mécanique* suivant laquelle les convulsions se produiraient du fait d'une telle hémorragie causée elle-même par une quinte violente.

Un certain nombre de convulsions leur ont paru imputables à des lésions d'*encéphalite inflammatoire*, mais l'autopsie n'a souvent pas permis de mettre en évidence des lésions caractéristiques.

G. et M. soutiennent que les convulsions de la coqueluche reconnaissent habituellement une origine toxi-infectieuse. En outre étant donnée la fréquence des otites par eux constatées, G. et M. admettent que les germes pyogènes de l'oreille, par bactériémie ou par action toxinique, ont une influence directe dans un très grand nombre de cas.

G. Schreiber.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

L. Vervaeck. ***Une expérience de législation de défense sociale*** (*L'Hygiène Mentale*, t. XXVIII, nos 6 et 7, Juin-Juillet-Août 1933). — Exposé des principes et des résultats de la loi belge du 9 Avril 1933). — Nous retiendrons les considérations suivantes :

Celle-ci institue tout d'abord l'observation des inculpés suspects de troubles mentaux, pour un mois, dans une « annexe psychiatrique » de prison.

Si le trouble mental est confirmé, l'inculpé comparaît devant une Commission spéciale, composée d'un magistrat, d'un avocat et d'un médecin. Cette Commission décide son placement dans les conditions qui lui semblent les plus appropriées. En cas de guérison, elle peut le libérer à titre d'essai. Et, au contraire, le maintenir au delà du temps primitivement fixé. Pendant un an, les anormaux libérés sont soumis à la surveillance d'un service social.

Les aliénés manifestes sont internés à Tournai et à Mons; les débiles dans un quartier spécial de la prison de Gand; les déséquilibrés à Merxplas; les femmes dans un quartier de la prison de Forest.

Etude statistique des sujets internés depuis 1931 sous le régime de cette loi. Les décisions de la nouvelle Commission mixte, malgré les difficultés rencontrées dans ce domaine, tout nouveau, ont donné dans l'ensemble les résultats les plus encourageants.

G. d'Heucqueville.

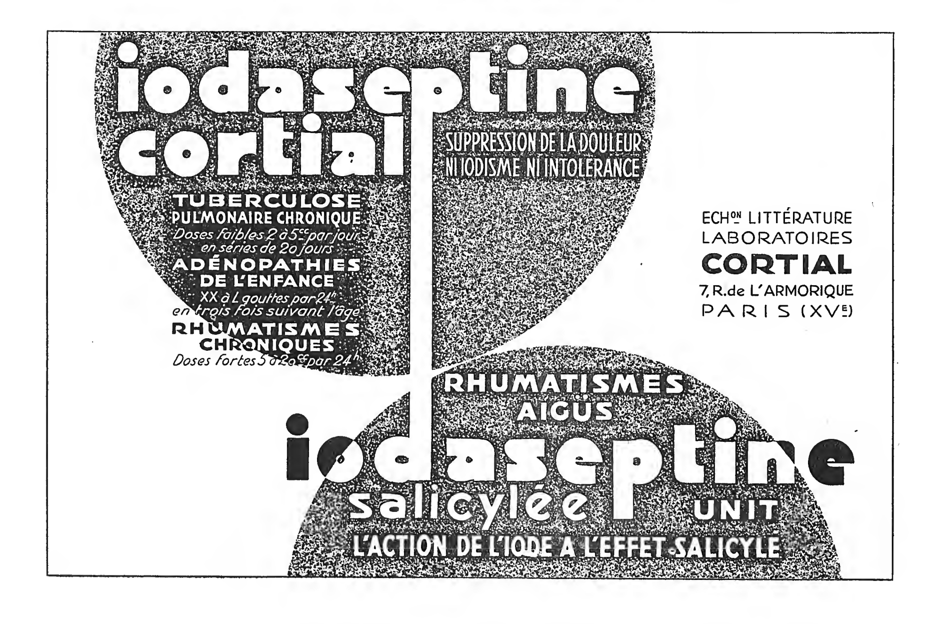
ODONTOLOGIE
(Paris)

R. Proust. ***Le cancer de la langue, ses rapports avec les lésions buccales et son traitement*** (*Odontologie*, t. LXXI, n° 8, Août 1931). — Nous retiendrons les considérations suivantes :

1° Le cancer de la langue retentit de façon très fréquente sur les ganglions, dans plus des 2/3 des cas pour atteindre parfois et même dépasser les 3/4. Le cancer de l'extrême pointe intéresse les ganglions sous-mentonniers et sus-hyoïdiens médians; les cancers antérieurs, les ganglions sous-maxillaires; les cancers postérieurs, les ganglions de la chaîne jugulaire. Les cancers latéraux comme les cancers de la base peuvent provoquer une adénopathie bilatérale. L'adhérence de la muqueuse aux muscles, l'insertion de ceux-ci sur le fascia lingual, la mobilité de la langue expliquent le brassage du foyer cancéreux et la fréquente contamination ganglionnaire.

2° Le professeur Proust propose de classer les cancers de la langue, en cancers infra-linguaux et cancers dorso-linguaux: ceux-ci se divisant en cancers antérieurs et postérieurs, suivant qu'ils siègent en avant ou en arrière du V lingual. Cette distinction répond à une réalité pratique, les premiers étant d'abord aisé à l'inverse des seconds.

3° Le traitement sera conduit de la manière suivante: *a*) exérèse ganglionnaire et ligature de la carotide externe; la ligature favorise la radium-



iodaseptine
cortial
SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE
TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE
Doses faibles 2 à 5cc par jour
en séries de 20 jours
ADÉNOPATHIES
DE L'ENFANCE
XX à L gouttes par 24h
en trois fois suivant l'âge
RHUMATISMES
CHRONIQUES
Doses fortes 5 à 20cc par 24h
ECHon LITTÉRATURE
LABORATOIRES
CORTIAL
7, R. de L'ARMORIQUE
PARIS (XVe)
RHUMATISMES
AIGÜS
iodaseptine
salicylée
UNIT
L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLE

puncture et le curage ganglionnaire prévient l'essaimage consécutif à l'application locale de radium; *b*) destruction du néo par curiethérapie ou diathermie, le plus rapidement possible après l'exérèse ganglionnaire; la disposition de la région nécessite l'emploi de la radiopuncture; c) radiothérapie pénétrante de la région cervicale et maxillo-faciale, pour stériliser la région intermédiaire entre la tumeur et la zone ganglionnaire.

C. Ruppe.

REVUE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE (Paris)

Lebourg. *Stomatite arsenicale* (*Revue française de Dermatologie*, t. IX, Juillet-Août 1933). — L., sous l'inspiration de son maître Milian, donne une bonne étude de la stomatite arsenicale. Celle-ci est rare. Elle est déclanchée par le 914 intraveineux. Dans presque toutes les observations, elle apparaît au cours d'une première série de piqûres, chez des sujets dont la septicité buccale est manifeste. La stomatite arsenicale est une stomatite infectieuse. Elle ne se produit que dans les conditions suivantes (ce qui explique sa rareté): avec d'autres signes d'intolérance; avec des signes d'altération sanguine liés au traitement arsénobenzolé, ou comme une conséquence d'un biotropisme indirect.

La stomatite ulcéreuse se caractérise par son intensité et son extension au voile et aux amygdales, par l'importance de son adénopathie et par son retentissement sur l'état général.

La stomatite grave avec nécrose succède à la forme précédente ou apparaît brusquement. Elle revêt l'allure d'une ostéomyélite, mais elle ne frappe que les parois alvéolaires.

Ajoutons les formes frustes, relativement fréquentes, se traduisant par une stomatite catarrhale et une angine rouge. Dans les formes avec altérations sanguines, on peut observer en outre une stomatite pseudo-scorbutique avec hématomes gingivaux, une stomatite gangreneuse extensive, des stomatorragies, des plaques purpuriques.

C. Ruppe.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

Ludo Van Bogaert et Ivan Bertrand. *Les leucodystrophies progressives familiales* (*Revue neurologique*, XLe année, t. II, n° 2, Août 1933). — Si les formes sporadiques de la maladie de Schilder ont été bien décrites, les types familiaux, beaucoup plus rares, n'ont été l'objet que d'un petit nombre de publications.

B. et B. dans cet important mémoire rapportent l'histoire anatomo-clinique très complète de deux familles.

La première est composée du frère et de la sœur, dont l'affection débuta chez l'un par un état de désintégration psychique, chez l'autre par une chorée molle. Elle aboutit chez tous 2 à la paraplégie puis à la quadriplégie spasmodique, avec ultérieurement anarthrie, troubles de la déglutition et cécité chez la sœur.

L'examen anatomique montrait une dégénérescence myéloaxonale étendue à toute la substance blanche des hémisphères, mais ne dépassant pas le réseau des fibres en U de Meynert. Les cylindraxes sont intéressés.

La seconde famille a 5 de ses membres intéressés. Les 2 enfants mâles sont atteints, l'affection débutant chez l'un par des crises d'épilepsie jacksonienne, chez l'autre par des troubles mentaux avec hallucinations visuelles et olfactives, pour évoluer dans les 2 cas vers la triplégie ou la quadriplégie spasmodique avec cécité ou surdité. Dans les 2 cas l'affection eut une évolution rapide. On retrouve dans les 2 cas les lésions myélo-axonales avec hyperplasie névroglique de la substance blanche des hémisphères. Deux particularités sont toutefois à retenir: 1° la possibilité d'une infiltration neurogliale dans des territoires peu démyélinisés; 2° la possibilité de l'extension du processus morbide en certains points du cerveau aux couches les plus profondes de la substance grise, et à des noyaux de l'étage optostrié; 3° l'existence de formes abortives, arrêtées dans leur évolution, ou évoluant sous une forme chronique.

H. Schaeffer.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Sobol (Nechin). *L'étiologie et la clinique du noma* (*Revue de Stomatologie*, t. XXXV, n° 9, Septembre 1933). — Malgré de nombreuses recherches, la question du noma n'est pas pleinement élucidée. Il n'y a pas de lésions histologiques caractéristiques. De nombreuses obscurités règnent encore autour de l'association fuso-spirillaire de Plaut-Vincent. On ne sait si elle est inoffensive et quand elle conduit à des maladies sévères. Les relations entre le spirochète et le bacille fusiforme sont également indéterminées. Certains auteurs (Vincent-Lipschutz) considèrent qu'ils n'ont aucun lien génétique. D'autres admettent que le spirochète est le stade évolutif du bâtonnet (Record, Zunnielif, Sanarelli). Le rôle respectif des 2 éléments est lui-même différemment interprété. D'autres germes ont été incriminés dans le noma, en dehors de l'association fuso-spirillaire, avec possibilité d'infection mixte.

La théorie de la nécrose ischémique (Krassin), celle de la nécrose névropathique par névrite du sous-orbitaire (Woronichin), celle de l'action de la salive invoquée par Goljanitzky ne paraissent pas devoir être retenues.

L'inoculation expérimentale des produits infectieux est habituellement négative. La contagiosité est exceptionnelle; cependant, des faits de transmission ont été signalés. La mortalité est de 70 pour 100. Le nombre des traitements proposés indique leur insuffisance. En cas de guérison avec perte de substance, les plastics sont délicates. S. expose un procédé personnel.

C. Ruppe.

Lévy (Odessa). *Hypoplasie des tissus dentaires chez les enfants* (*Revue de Stomatologie*, t. XXXV, n° 10, Octobre 1933). — L. reprend l'étude des hypoplasies dentaires chez les enfants. Sa statistique attribue 26,5 pour 100 au rachitisme, 17,6 à la syphilis, 5,8 au rachitisme et à la syphilis. 4,4 au rachitisme avec diathèse spasmophile, 5,8 à la diathèse spasmophile et 40 pour 100 aux maladies infectieuses infantiles.

Dans 80 pour 100 des cas, les incisives et les premières molaires étaient atteintes; dans 11,2 ces deux groupes de dents étaient intéressés séparément; dans 7,2, l'hypoplasie frappait les premières molaires et dans 1,6 les dents temporaires.

La fréquence globale des dystrophies est évaluée d'après Apfelstaedt entre 4 à 20 pour 100.

Un quart environ des hérédo-syphilitiques présente des dysplasies. La dent d'Hutchinson est rare.

Le rachitisme n'est pas la seule cause des changements dans la structure des dents. Fleischmann regarde la tétanie et non le rachitisme comme cause d'érosion, la tétanie atteignant les formations ectodermiques.

L'auteur envisage ensuite l'action des vitamines, des parathyroïdes et il étudie l'anatomie pathologique des hypoplasies.

C. Ruppe.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

W. Bab. *Lésion oculaire provoquée par la teinture des cils* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 27, 7 Juillet 1933). — Une série de colorants des cheveux considérés comme dangereux a été interdite. Ceux qui sont autorisés sont donc, par cela même, considérés comme inoffensifs. Or, l'application de ces produits à la coloration des cils, faite habituellement en même temps que celle des cheveux, est susceptible de provoquer souvent des accidents. La plupart des coiffeurs pratiquent ainsi systématiquement une teinture des cils au moyen de produits à base de henné.

Les oculistes voient souvent des phénomènes d'inflammation aiguë ou chronique des yeux qui régressent vite si on interdit toute application de cosmétiques sur les cils.

Mais la teinture au henné est loin de provoquer seulement des incidents aussi bénins. B. publie 40 observations typiques dans lesquelles la cause des accidents est tantôt une technique de teinture défectueuse, tantôt une hypersensibilité du sujet.

Les troubles apparaissent après 12 à 24 heures, paupières et conjonctives réagissent de façon plus ou moins intense, pouvant aller jusqu'à la suppuration qui nécessite l'incision chirurgicale. Les douleurs sont intenses, empêchant le sommeil parfois durant des semaines. Dans 2 cas, la cornée elle-même était ulcérée. Le traitement est très peu efficace et ne parvient guère à calmer les phénomènes douloureux. On ne peut d'ailleurs utiliser suffisamment les médicaments analgésiques locaux de crainte de leur action irritante.

B. attribue l'intensité de ces manifestations et leur variation suivant les malades à des réactions allergiques se produisant chez des sujets hypersensibles.

G. Dreyfus-Sée.

Unverricht. *Le régime sans sel, son influence sur la sécrétion gastrique et son application pratique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 31, 4 Août 1933). — De nombreuses applications du régime sans sel à une quantité d'affections chroniques rendent importante la question de sa tolérance par l'estomac. Récemment encore les applications à la cure de la tuberculose sont venues augmenter encore le domaine étendu de cette diététique qui comprenait déjà les œdèmes, les néphropathies, les insuffisances cardiaques avec stase, certaines formes d'obésité, des cirrhoses, l'hypertension, l'épilepsie, les bronchectasies, des affections cutanées, etc.

Les régimes n'utilisant que 0,5 et 1 gr. de sel par jour sont facilement acceptés à condition d'être bien préparés en se servant des succédanés à petites doses.

L'étude de la sécrétion gastrique a montré que la teneur en acide chlorhydrique et l'acidité totale n'étaient nullement dépendantes de l'adjonction de sel aux aliments, et que la teneur des aliments naturels en chlorure de sodium est suffisante pour maintenir l'équilibre de la sécrétion gastrique qui n'est pas modifiée dans sa qualité ni dans sa quantité même après un régime prolongé.

Lors des diverses indications cliniques de régime sans sel, U. a donc pu prescrire durant longtemps cette diététique sans en observer nul inconvénient pour ses malades.

G. Dreyfus-Sée.

Mosler et Haas. *Hernies diaphragmatiques et angine de poitrine* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 35, 1er Septembre 1933). — M. et H. se sont efforcés depuis une année, au



CEPHAMAIL

PANSEMENT DE TÊTE

BREVETÉ S. G. D. G.
MODÈLE DÉPOSÉ

INDICATIONS :

EN CHIRURGIE CRANIENNE :
EN DERMATOLOGIE :
EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE :
EN OCULISTIQUE :
Pansement et protection des régions traitées.
EN CHIRURGIE GÉNÉRALE : Protection et contention de la chevelure pendant l'acte opératoire.



AVANTAGES :

RAPIDITÉ D'APPLICATION
SIMPLICITÉ D'EMPLOI ::
MULTIPLICITÉ D'USAGES
ÉCONOMIE :: :: :: :: :: ::

Mode d'emploi sur demande aux dépositaires généraux :

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie, 17, rue de Berri (Champs-Élysées), PARIS-8e

cours de leurs examens radiologiques de l'estomac, de répondre aux 2 questions suivantes :

1° Quelle est la fréquence des hernies diaphragmatiques ?

2° Quelles sont ses relations avec l'angine de poitrine ?

Des 3 types de hernies distinguées par Akerlund, ils ont observé surtout la troisième forme avec œsophage non raccourci et portion cardiaque de l'estomac faisant issue à travers l'orifice herniaire dans la cavité thoracique.

Sur 1.500 examens radiologiques gastriques, 49 cas de ce type ont été décelés. Une fois seulement l'œsophage a été trouvé raccourci, et aucun cas ne répondait à la deuxième forme avec œsophage descendant dans l'abdomen à côté de l'orifice herniaire. Chez 20 de ces malades des signes cliniques d'angine de poitrine existaient. Les grands et moyens orifices herniaires s'accompagnaient dans 55 pour 100 des cas de manifestations angineuses, alors que celles-ci ne s'observaient que dans 31 pour 100 des cas de hernies avec orifice minime.

La constance de la hernie ne peut être affirmée cependant chez les angineux, car outre les 20 malades présentant une coexistence des 2 affections, 10 angineux examinés radiologiquement n'avaient aucun signe de hernie.

M. et H. insistent sur divers détails de la technique d'examen permettant de dépister les cas frustes. Ils font observer enfin que les hernies diaphragmatiques paraissent constituer un processus physiologique assez fréquent dans la vieillesse ; deux cas seulement avaient apparu avant 50 ans. alors que l'âge moyen semble être aux environs de 61 ans.

G. Dreyfus-Sée.

T. Reiter. ***Désintégration des tumeurs par des ondes courtes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 39, 29 Septembre 1933). — Les ondes « ultra-courtes » ont, à côté de leur action thermique, un rôle biologique de désintégration des cellules tumorales.

R. poursuit ses études depuis plusieurs années sur les animaux et a récemment essayé une application dans un cas clinique chez l'homme. Obligé d'interrompre ses travaux, il publie ses premiers résultats pour servir de base aux études futures.

La désintégration cellulaire a été établie par l'examen histologique et l'étude des échanges chez l'animal après chaque application de rayons (fermentations anaérobies et respiration en O^2).

Les résultats favorables chez les animaux ont justifié un essai chez une femme atteinte de métastase glandulaire après un carcinome du sein. L'influence inhibante fut ici également mise en évidence biologiquement. Les données biologiques de laboratoire paraissent donc pouvoir fournir actuellement à la clinique les bases d'une expérimentation en vue d'établir avec précision des méthodes techniques de traitements dont on peut espérer des résultats utiles.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

W. Uffenorde. ***Etat microbien des amygdales pharyngées et de la région péri-tonsillaire au cours des infections chroniques d'origine amygdalienne*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 28, 14 Juillet 1933). — L'infection chronique ou aiguë des amygdales peut déterminer des états septiques à évolution aiguë, propagés par voie sanguine ou lymphatique ou par l'intermédiaire du tissu interstitiel et souvent aggravés par la participation veineuse thrombo-phlébitique. L'identification des processus septiques chroniques est souvent malaisée, et en particulier le point de départ amygdalien, parfois difficile à metre en évidence, peut demeurer méconnu.

Les manifestations chroniques septiques qui attirent l'attention sont l'élévation légère de la température vespérale, de petits frissonnements le soir, d'abondantes sudations, des sensations de malaise inexpliquées, des troubles articulaires, de l'anorexie, des battements de cœur, des céphalées, etc. Tous les degrés unissent ces phénomènes plus ou moins frustes au tableau des infections aiguës.

L'examen attentif du sujet avec exploration soignée de son rhino-pharynx met sur la voie du diagnostic parfois facilité par la notion étiologique des nombreuses angines antérieures.

Mais les signes locaux peuvent manquer ou être d'interprétation difficile. L'examen histologique des amygdales extirpées avec coloration élective des microbes sur les coupes fournirait fréquemment la certitude de l'infection locale initiale responsable des manifestations générales.

Cette recherche surtout sur des coupes transversales, de façon à éviter des causes d'erreur, a montré des bactéries prédominant dans les cryptes, en amas ou en chaînes, cocci du type streptocoque et quelques gros bâtonnets prenant le gram. Ces éléments manquent dans le tissu amygdalien lui-même; ils n'existent ni dans les follicules, ni dans leur entourage. Ils sont nombreux autour des vaisseaux, et ont les trouve entre fibres musculaires.

Ces constatations, en particulier le siège des microbes, démontrent donc la possibilité d'une infection générale à point de départ tonsillaire.

G. Dreyfus-Sée.

J. Brock. ***La signification clinique et épidémiologique de l'érythème noueux dans l'enfance*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 28, 14 Juillet 1933). — Un très grand nombre d'observations, en particulier relevées par des auteurs scandinaves, montrent que l'érythème noueux des enfants est dans presque 100 pour 100 des cas la manifestation d'une infection bacillaire et s'accompagne d'une cuti-réaction fortement positive même chez les plus jeunes malades.

Le plus souvent, l'érythème noueux a, chez ces sujets, la signification d'un exanthème primaire bacillaire, survenant à la fin de la période d'incubation biologique au moment même où la sensibilité à la tuberculine s'établit. La similitude des éléments éruptifs et de la réaction cutanée ou intra-dermique à la tuberculine permet de considérer l'érythème comme une réaction autogène vis-à-vis de la tuberculine. En outre, on note durant l'évolution de la maladie des manifestations d'activité de la tuberculose : accélération de la sédimentation globulaire, très fréquentes localisations bacillaires radiologiquement décelables dans les ganglions bronchiques, le parenchyme ou la plèvre.

L'érythème témoigne donc d'une tuberculose évolutive beaucoup plus sûrement que la tuberculino-réaction qui ne peut fournir à ce point de vue aucun renseignement.

L'apparition de l'éruption chez un enfant prouvant donc une infection récente peut être considérée comme la preuve d'une contamination par un porteur de bacilles qu'il s'agit d'identifier afin de l'empêcher désormais de disséminer davantage l'infection.

Cette notion épidémiologique importante est démontrée par B. au moyen de 3 cas personnels.

G. Dreyfus-Sée.

H. Lotze. ***Le diagnostic clinique des infarctus du myocarde*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 31, 4 Août 1933). — L'observation clinique des malades atteints d'infarctus myocardique permet de mettre en évidence certains symptômes importants dont la synthèse affirme le diagnostic sans l'intervention des moyens de laboratoire et en particulier sans pratiquer l'électrocardiogramme. Température, pression artérielle, étude du sang au point de vue de sa formule leucocytaire et de son pouvoir de sédimentation constituent les données du problème. L'infarctus typique aigu est caractérisé par une élévation thermique, une leucocytose avec augmentation de la vitesse de sédimentation ; la pression augmente durant l'accès mais s'abaisse ensuite rapidement au-dessous de la normale.

Lors des formes chroniques, aussi bien dans les cas frustes que pendant les accès graves, on note une hyperpyrexie plus ou moins accentuée et une notable accélération de la vitesse de sédimentation globulaire, alors que les variations du chiffre leucocytaire et de la pression artérielle demeurent peu accentuées.

La vérification électrocardiographique demeure utile mais ne serait donc pas absolument indispensable.

G. Dreyfus-Sée.

H. Eschbach. ***Thrombose coronarienne au cours du diabète sucré*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 36, 8 Septembre 1933). — La coïncidence de lésion coronarienne et de diabète est plus fréquente qu'on ne l'admet habituellement. D'après les observations de E., elle surviendrait dans environ 20 pour 100 des cas d'oblitération coronarienne. Or, il est inexact de considérer comme habtuellement bénin le diabète compliquant une coronarite scléreuse.

Le diagnostic de la glycosurie des sujets atteints d'affection vasculaire artério-scléreuse avec coronarite peut être difficile. Dans certains cas, la coïncidence de manifestations thrombosantes au niveau des vaisseaux cérébraux fait, en effet, discuter la glycosurie d'origine cérébrale. Ou bien, il s'agit de sujets dans un état précomateux présentant des signes péritonéaux accentués. Dans ce cas, c'est la régression des phénomènes sous l'influence du traitement insulinique qui permet d'éliminer le rôle de la coronarite et d'affirmer l'existence isolée du diabète sucré.

D'ailleurs, l'action de l'hyperglycémie et de l'acidose diabétique ainsi que celle de l'hypoglycémie et de l'insuline sur le cœur et la circulation sont à élucider. Il semble à E. qu'il soit préférable, en cas de coïncidence de lésion circulatoire et de diabète, d'utiliser l'insuline à petites doses répétées et sous-cutanées et d'éviter les doses massives et l'administration intra-veineuse. En dehors du coma, le traitement diététique simple serait à préconiser.

G. Dreyfus-Sée.

O. Schürch et **M. Zehnder.** ***Contribution à l'étude des tumeurs expérimentales déterminées par la tomate*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 36, 8 Septembre 1933). — De nombreuses discussions ont suivi les communications de Bellow et Askanazy sur la détermination expérimentale du sarcome du rat à l'aide d'injection de jus de tomate.

S. et Z. ont poursuivi les essais des premiers expérimentateurs en faisant varier le nombre des injections et la durée du traitement. Sur 20 rats adultes, durant 6 mois 1/2, tous les 2 à 5 jours, 4 à 5 cmc de jus de tomate ont été injectés dans la cavité péritonéale ; 51 injections furent ainsi pratiquées. Des tomates espagnoles, italiennes et suisses furent utilisées. Les animaux restèrent en observation 3 mois après la dernière injection avant d'être sacrifiés.

3 rats décédèrent d'incidents hémorragiques ou infectieux au cours des injections.

Les autres présentèrent, à partir de la 16e piqûre (45e jour du traitement), une tumeur sous-hépatique à développement plus ou moins précoce et rapide.

Ces néoformations ont été examinées chez les animaux sacrifiés du 157e au 300e jour après le début du traitement. Elles étaient multiples dans la cavité péritonéale et dans le foie et avaient constamment la structure histologique de tumeurs à granulations.

G. Dreyfus-Sée.

R. Cobet. ***Etude de la circulation et de la respiration au cours de la tuberculose pulmonaire; son importance pour poser les indications de la collapsothérapie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 38, 22 Septembre 1933). — La tuberculose peut déterminer par 2 processus différents des troubles circulatoires :

1° Extension tuberculeuse aux organes mêmes de la circulation : cœur et péricarde.

2° Troubles déterminés indirectement.

C'est ce deuxième ordre de faits qu'étudie C. Les troubles sont alors produits soit par la toxine tuberculeuse agissant sur le système circulatoire, soit par l'intermédiaire de processus de sclérose pulmonaire gênant mécaniquement la circulation par le double mécanisme de la compression cardio-vasculaire et de l'obstacle direct de la circulation pulmonaire. Les troubles toxiques peuvent être aigus, déterminant au niveau du cœur des phénomènes œdémateux ou dégénératifs susceptibles de régression, ou bien ils peuvent être chroniques aboutissant à une atrophie définitive du muscle cardiaque.

En pratique il importe donc de distinguer cliniquement :

1° Les manifestations aiguës toxiques curables, susceptibles de régresser sous l'influence de la collapso-thérapie.

2° Les manifestations chroniques, toxiques ou mécaniques, qui constituent une contre-indication absolue à cette thérapeutique.

On tiendra compte évidemment des nombreuses formes intermédiaires dues à l'association des divers processus.

G. Dreyfus-Sée.

K. Voit et **J. Cyba.** ***La pression artérielle durant l'hyperventilation et la respiration d'oxygène*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 38, 22 Septembre 1933). — Se basant sur les travaux de Cobet au sujet des relations unissant l'élévation de la tension artérielle et la dyspnée, V. et C. ont étudié l'action de l'hyperventilation et de la respiration d'oxygène chez de très nombreux sujets à tension normale, élevée ou abaissée.

Chez les personnes à tension normale, l'hyperventilation produit des résultats variables: léger abaissement ou pas d'influence. Les hypertendus réagissent par contre constamment par un abaissement léger et transitoire. Les hypotendus demeurent totalement indifférents à cette épreuve.

L'inhalation d'oxygène a sur la tension une action plus faible et plus irrégulière encore; seuls quelques hypertendus présentèrent un très léger abaissement de pression.

Dans l'ensemble, ces essais confirment donc la susceptibilité de l'appareil vasculaire des hypertendus essentiels qui réagissent aux diverses excitations, alors que les sujets normaux et les hypotendus y demeurent indifférents.

La respiration de gaz carbonique enfin détermine dans les trois groupes une ascension nette de la pression; l'excitation ainsi produite est, en effet, si intense que les hypotendus eux-mêmes n'y résistent pas.

Les troubles circulatoires aigus, toxiques sont surtout observés dans les formes aiguës, exsudatives de tuberculose, ou lors des poussées aiguës exsudatives de bacillose chronique ou encore dans les tuberculoses aiguës hématogènes du jeune. Les manifestations toxémiques sont faciles à trouver: sédimentation accélérée déviation à gauche de l'image sanguine, etc. la fièvre est variable, il y a en général du refroidissement des extrémités et de la pâleur du visage, ainsi qu'un certain degré de cyanose même au repos, alors que la dyspnée manque habituellement Pas de signes fonctionnels cardiaques; objectivement, on note la petitesse et l'accélération du pouls, la tension est souvent abaissée, parfois cependant normale, c'est surtout l'instabilité du pouls qui est notable: vitesse et pression étant influencées par la moindre excitation. Quelques modifications peu caractéristiques de l'image capillaroscopique et de la tension- veineuse peuvent encore être signalées.

Ces divers troubles seraient nettement attribuables aux altérations circulatoires et non à l'action de la thyroïde que l'on a incriminée à tort.

Les troubles circulatoires chroniques toxiques relèvent de lésions anatomiques cardiaques graves. L'anamnèse et l'étude de l'électro-cardiogramme fournissent les principaux éléments cliniques du diagnostic. En premier lieu, c'est moins la durée du processus tuberculeux antérieur que la durée et l'intensité de ses épisodes aigus qui doivent entrer en ligne de compte. Objectivement, l'étude de l'électro-cardiogramme décèle des signes de lésions myocarditiques: allongement de P Q, élargissement de Q R S qui occupe plus du 1/3 de la durée systolique, enfin inversion répétée du crochet T. Si des modifications légères du complexe peuvent s'observer dans les formes aiguës régressives, les altérations marquées correspondent aux processus atrophiques définitifs.

Les troubles mécaniques circulatoires, enfin, s'observent dans les formes fibreuses, scléreuses de tuberculose, avec déplacement du cœur et du diaphragme. Cependant, ils ne sont pas constants, moins lors de gros déplacements cardio-vasculaires. Les troubles fonctionnels sont au premier plan: palpitations, sensations de striction et d'angoisse pouvant aller jusqu'aux crises angineuses, dyspnée d'effort accentuée avec peu de cyanose. Les extrasystoles sont fréquentes, le pouls et la tension peu modifiés. Enfin, l'étude de la ventilation pulmonaire, de la teneur en oxygène et gaz carbonique du sang, et surtout l'épreuve du travail sur les processus circulatoires et respiratoires, pourraient apporter des éléments d'appréciation importante.

Au cours même des diverses collapsothérapies: pneumothorax, phrénicectomies, thoracoplasties, peuvent enfin survenir quelques manifestations cliniques relevant de troubles circulatoires.

La connaissance de ces divers tableaux symptomatiques fournirait, selon C., des éléments importants pour la décision thérapeutique et pour la surveillance des divers procédés collapsothérapiques.

G. Dreyfus-Sée.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE

(Berlin-Vienne)

Hansen. ***Sur le cardiospasme de l'adolescence*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVII, n° 6, Juin 1933). — Une enfant de 7 ans, jusque-là bien portante, commence à présenter des douleurs rétrosternales avec vomissements d'aliments non digérés, présentant donc le type clinique de régurgitations. L'examen radioscopique montre l'existence d'une sténose de l'œsophage au voisinage du cardia et le traitement médical est sans action sauf cependant la médication adrénalinée car après injection de 1/2 cmc d'adrénaline au millième on voit le contenu œsophagien se vider aussitôt dans l'estomac; l'amaigrissement devenant extrêmement inquiétant, on intervient par voie transdiaphragmatique après résection de l'angle costal gauche.

On libère les adhérences de l'œsophage d'avec le diaphragme, on isole les 2 nerfs pneumogastriques et l'on pratique une anastomose large de 2 cm. entre l'œsophage et la face antérieure de l'estomac. Guérison opératoire. Revue 8 mois après l'état général est excellent et l'examen radiographique satisfaisant.

J. Sénèque.

Andreesen. ***La calcification des ménisques du genou*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVIII, n° 1, Juillet 1933). — A. a eu l'occasion d'observer 13 cas de calcification des ménisques du genou, calcification qui peut être spontanée ou post-traumatique.

Les cas dits spontanés peuvent en réalité relever de processus traumatiques chroniques et 3 cas ont été observés chez des ouvriers mineurs qui travaillent en position accroupie. Dans 4 cas la lésion était bilatérale et pouvait être constatée sur les deux ménisques. Il s'agit du reste uniquement d'un diagnostic radiographique et la calcification est plus ou moins accentuée suivant les cas. On peut parfois constater des lésions connexes : arthrite déformante, rotule tripartite, spondylite, calcification des disques intervertébraux, spondylolisthésis, malacie du semi-lunaire. Les cas dits post-traumatiques ont pu être observés soit après des lésions méniscales, soit après des traumatismes directs sur l'articulation (3 cas).

En opposition aux lésions méniscales traumatiques la calcification s'observe de préférence aux environs de la quarantaine et doit être considérée comme une affection rare.

J. Sénèque.

Spira. ***Diagnostic et résultats éloignés du traitement des traumatismes des ménisques*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVIII, n° 2, Août 1933). — Dans ces 10 dernières années, 82 interventions ont été pratiquées pour des traumatismes des ménisques dont 50, 1 pour 100 chez des sportifs (foot-ball 34 pour 100; ski 24 pour 100; gymnastique 22 pour 100). En ce qui concerne le sexe nous relevons 55 cas chez l'homme contre 27 chez la femme; *pour le côté:* 35 à droite contre 20 à gauche; 6 lésions sur le *ménisque externe* contre 76 sur le *ménisque interne*. Dans 87, 8 pour 100 des cas, la lésion méniscale a été produite par un *traumatisme indirect*. La notion de l'*âge* est également intéressante; la moitié des cas ont été observés chez des malades entre 20 et 30 ans.

L'indication opératoire paraît formelle dans les cas de blocage à répétition. Les *lésions observées* ont été les suivantes. rupture de la corne antérieure: 11 cas; rupture de la corne postérieure: 9 cas; rupture longitudinale: 6 cas, scission longitudinale: 14 cas; désinsertion capsulaire: 31 cas; fissures: 15 cas; déplacement de la corne antérieure: 14 cas; cas indéterminés: 4.

Dans 18 cas il existait des lésions associées: lésions des ligaments croisés (9 cas); lésions osseuses du tibia ou des condyles fémoraux (4 cas); lésions de franges graisseuses (3 cas); lésions rotuliennes (2 cas).

On a discuté dans ces dernières années la possibilité de régénération méniscale, mais ceci ne s'appuie sur aucun examen histologique certain.

Sur 76 cas revus après l'intervention (arthrotomie avec l'incision en S de Payr) on relève 71 pour 100 de très bons résultats, 22,4 pour 100 de bons résultats ; 6,6 pour 100 de résultats mauvais.

J. Sénèque.

Fodor (Budapest). ***Sur la péritonite biliaire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVIII, n° 3, Septembre 1933). — F. publie 2 observations de péritonite biliaire, dont la première est particulièrement intéressante :

I. — Femme de 38 ans ayant présenté les pre-

mières crises vésiculaires douloureuses à l'âge de 19 ans pendant sa première grossesse. En 1929 on pratique une cholécystectomie par lithiase vésiculaire. Guérison. L'année suivante apparaissent de nouvelles poussées douloureuses avec vomissements et teinte subictérique qui rétrocède au bout de quelque temps. Toutefois les crises douloureuses se rapprochent et s'accentuent, la température s'élève à 39°, tout l'abdomen devient douloureux et la malade entre à la clinique. Etant donnée la contracture pariétale on pense à une perforation intestinale et la malade est opérée d'urgence.

Au milieu d'adhérences sous-hépatiques fibrino-purulentes on constate l'existence d'une péritonite biliaire sans perforation apparente (300 cmc de bile dans le Douglas) et l'on se contente d'établir un drainage. Six semaines après la malade quitte la clinique paraissant guérie, mais 2 mois après elle y est admise de nouveau avec un syndrome péritonéal aigu.

Lors de la nouvelle intervention on découvre encore une péritonite biliaire et fibrino-purulente sans présence de perforation gastrique ou hépatique. Décès post-opératoire.

A l'autopsie on constate l'existence d'un cholédoque très dilaté, avec présence de calculs dans son intérieur; une ectasie des canaux biliaires avec angiocholite et une perforation de ceux-ci au niveau du lobe hépatique gauche.

II. — La deuxième observation concerne une femme de 68 ans prise brusquement d'un syndrome douloureux dans la région de l'hypocondre droit. Elle est opérée sous anesthésie locale avec le diagnostic d'appendicite. On découvre à l'intervention une péritonite biliaire avec une vésicule distendue, plus épaisse que normalement et quelques adhérences au niveau du col. Il n'y a pas trace de perforation, on ne constate pas l'existence de calculs et l'on se contente de drainer. Guérison opératoire.

J. Sénèque.

Steinberg. ***Au sujet de la chirurgie hépatique (Sur le traitement d'un cas d'hémangioendothéliome hépatique chronique)*** [*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVIII, n° 3, Septembre 1933]. — Les tumeurs du foie sont considérées comme rares et parmi les tumeurs primitives, les moins exceptionnelles sont les angiomes. Il s'agit le plus souvent d'hémangioendothéliomes. dont un certain nombre d'observations ont été relatées dans les 30 dernières années et Herxheimer a pu en rassembler 20 cas.

Dans le cas de S. il s'agissait d'un homme de 45 ans présentant une hépatomégalie pour laquelle le diagnostic est hésitant entre échinococcose, tumeur kystique, avec lésion possible pour une lésion pancréatique kystique.

A l'intervention on se rend compte que la tumeur se développe aux dépens du lobe droit du foie et par la ponction on retire du sang. Ouverture de la tumeur au thermocautère: évacuation du sang et des masses tumorales; tamponnement de la cavité avec un Mikulicz. Guérison sans incidents.

L'examen anatomo-pathologique a montré qu'il s'agissait d'un hémangioendothéliome, sans caractères de malignité.

J. Sénèque.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

Willi Félix et **Paul Kahn** (Berlin-Neukölln). ***Au sujet de la preuve expérimentale de l'opothérapie dans les maladies du système hépato-biliaire*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXLI, fascicules 9-10, Octobre 1933). — Bier et Lütkens avaient souhaité que le traitement de certains états pathologiques chroniques et notamment de la lithiase biliaire soit orienté dans le sens de l'opothérapie. F. et K. croient avoir répondu à ce desideratum en procédant de la manière suivante : destruction de la muqueuse de la vésicule biliaire par l'acide phénique. Administration d'une préparation spéciale, qui est une combinaison du tissu hépatique et du tissu des voies biliaires; ils ont pu constater que 21 jours après la destruction chimique de la muqueuse vésiculaire, cette muqueuse était régénérée et présentait à la coupe une structure normale. La preuve de la spécificité de cette préparation opothérapique leur a été fournie par l'expérimentation de la régénération osseuse; alors qu'avec la préparation hépato-biliaire, le cubitus réséqué ne se régénérait que très incomplètement, avec une préparation opothérapique osseuse, ils observaient une régénération complète.

P. Wilmoth.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

H. Guggisberg. ***Thyroïde et gestation*** (*Endokrinologie*, t. XIII, n° 2, Septembre 1933). — Pendant la gestation, l'organisme se trouve dans un état spécial qu'on n'arrive pas à expliquer pleinement. La thyroïde notamment augmente fréquemment de volume. On ne saurait cependant dire avec quelle fréquence car les statistiques émanent souvent de contrées goitreuses. En tous cas, cette augmentation de volume est fréquente dès la première semaine de la gestation et s'accentue encore pendant l'accouchement puis diminue ensuite. L'examen histologique montre une hyperplasie de l'épithélium avec colloïde abondante. Quand il y a goitre, l'augmentation se constate également pendant la gestation, mais cette augmentation ne rétrocède pas toujours après l'accouchement. Il existe donc des signes d'une augmentation des fonctions de la thyroïde. Quelques auteurs (Hoffmann et Anselmino, Eufinger et Wiesbader) considèrent que ces phénomènes s'associent à une augmentation de l'hormone thyroïdienne dans le sang. Cependant la maladie de Basedow n'est pas aggravée par la gestation et Knaus admet que les modifications de la thyroïde sont dues à une rétention dans la glande.

Le métabolisme de base chez les gestantes oscille dans les limites normales, c'est-à-dire $\pm$ 15 pour 100. D'autre part, il faut admettre que l'hypophyse qui fabrique une série d'hormones du métabolisme joue dans ces phénomènes un rôle important. On ne saurait donc dire que le fonctionnement hormonal de la thyroïde soit augmenté pendant la gestation. La diminution du glycogène du foie constatée par Hoffmann et Anselmino chez des souris traitées avec du sang de gestantes n'a pas été confirmée par les expériences de G. Il en a été de même pour l'augmentation de l'acétone du sang du rat sous l'influence du sang de gestantes.

En ce qui concerne le métabolisme des hydrates de carbone, divers auteurs ont constaté une augmentation de l'acide lactique dans le sang de gestantes, phénomène attribuable à un trouble de la fonction hépatique ou à une insuffisance de l'oxygénation. Quoi qu'il en soit, cette augmentation s'observe également dans la maladie de Basedow. Mais les recherches de G. montrent que le taux de l'acide lactique est très variable chez les gestantes et parfois faible mais n'augmente pas d'une façon très marquée après un travail dosé.

G. n'a pas non plus confirmé que le sérum de gestantes augmente la résistance des souris à l'égard de l'acétonitril (réaction de Reid-Hunt).

Avec l'expérience de Gudernatsch, il a été parfois constaté une augmentation de la thyroxine dans le sang de gestantes ou encore que ce sang ne possède pas de propriétés protectrices à l'égard de l'hormone thyroïdienne. G. a constaté que le sérum de gestantes protégerait les têtards un peu moins que le sang de non gestantes contre l'action de la thyroxine. En somme, pour G., dans le sang de gestantes, la thyroxine n'est ni augmentée ni diminuée. On ne saurait donc parler, dans ces circonstances, d'un état d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie. Assurément, la thyroïde travaille davantage, mais il existe, du fait d'une symbiose très particulière, des conditions différentes de ce qui s'observe chez l'individu isolé et ces conditions ne peuvent pas être appréciées d'après ce que nous savons des processus habituels.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

P. L. Farinas (La Havane). ***La bronchographie en série en vue du diagnostic précoce du cancer des bronches*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. XLVIII, fasc. 3, Septembre 1933). — En raison de son développement lent, tant qu'il reste endobronchique, il y a intérêt à chercher à dépister par tous les moyens le cancer des bronches à ses débuts, alors que la chirurgie, la curie ou la rœntgenthérapie peuvent encore permettre d'espérer une guérison.

Au stade de début les signes cliniques n'offrent aucun caractère net, mais doivent pourtant en éveiller l'hypothèse; il en est de même d'un examen radiologique négatif où toute image anormale, en particulier dans les régions hilaires, doit faire penser à tous les diagnostics possibles, notamment à celui de cancer des bronches. La *bronchographie* sera pour nous un procédé de choix, à condition de recourir à une technique minutieuse, et de ne pas nous borner à la prise d'un seul cliché; il faudra prendre des clichés en série, sous contrôle de l'écran, et en différentes positions.

Technique : Injection de substance opaque par sonde intratrachéale (portée au voisinage de la bifurcation des bronches), après anesthésie pharyngée (si l'on désire examiner plus particulièrement un des côtés il y a lieu de s'efforcer de pousser la sonde dans la bronche souche correspondante); on prend alors toutes dispositions utiles pour commencer l'examen et, le malade étant en place, on cherche à faire progresser la sonde le plus loin possible dans la région de la bronche secondaire, siège présumé de la lésion; on couche alors le malade dans la meilleure position possible suivant la région à examiner (en Trendelenbourg pour le lobe supérieur...).

Il convient alors d'examiner soigneusement le mode de remplissage et l'aspect des bronches et de prendre plusieurs clichés, en positions variées, sous le contrôle de la radioscopie.

En cas d'examen négatif, si l'on soupçonne un cancer des bronches (dont les principaux sièges sont les bronches principales et leurs branches les plus importantes), il y a lieu de pratiquer à un jour d'intervalle deux bronchographies d'ensemble, l'une du côté droit, l'autre du côté gauche.

Pour ses bronchographies en série F. a recours à un petit sériographe donnant des clichés 5×7.

Données radiologiques: Les aspects obtenus varient avec la nature de la tumeur.

Les *tumeurs à forme polypeuse* intra-bronchiques donnent des images lacunaires en position de face, en saillie rétrécissant la lumière de la bronche en position latérale; siégeant de préférence dans les bronches souches et leurs ramifications principales elles y sont faciles à reconnaître; il n'en est pas de même au niveau des bronches de troisième ordre où leur diagnostic devient très difficile.

Les *tumeurs infiltrantes* provoquent une sténose

incomplète, concentrique, à bords irréguliers; occupant parfois les bronches souches à partir desquelles elles gagnent les autres bronches, elles siègent le plus souvent sur les bronches de deuxième et troisième ordres. En raison de leur tendance à envahir le voisinage ces tumeurs s'accompagnent d'infiltration pulmonaire périjacente.

Si la tumeur occupe une petite bronche il y a lieu de poursuivre plus longuement l'injection de substance opaque, ce qui permet, même si l'on soupçonne une sténose complète, de voir celle-ci progresser et mettre en évidence une image anormale alors qu'en cas de sténose effectivement complète le liquide opaque, après avoir rempli les bronches principales, reflue et gagne le côté opposé, en même temps qu'on observe une image à contours irréguliers (qu'il faut distinguer d'une image par compression péribronchique) au niveau du point d'arrêt.

Il peut exister une *forme ulcérative* donnant des images cavitaires irrégulières qu'il convient de distinguer des aspects de dilatation des bronches, en général multiples et régulières.

On peut encore observer des *tumeurs bronchiques éloignées des bronches principales* qui peuvent se manifester sous deux aspects: 1° au voisinage des grosses bronches elles se traduisent par une compression et une diminution de calibre des bronches de deuxième et troisième ordres qu'il faut distinguer des phénomènes de compression secondaires à une tumeur intra-bronchique; 2° très loin des grosses bronches la tumeur provoque un rétrécissement complet des petites bronches, les bronchioles occupant la périphérie de la masse tumorale.

En concluant F. met en relief la valeur de la bronchographie en série et les principaux signes de cancer au début: images négatives, lacunaires, annulaires, en saillie en position de profil. 15 observations résumées éclairent ce travail.

MOREL KAHN.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

H. Maxwell James (Melbourne). ***Comparaison du taux de la sédimentation sanguine et de l'épreuve de la floculation de Vernes dans la tuberculose pulmonaire*** (*The Medical Journal of Australia*, XXe année, t. II, n° 9, 26 Août 1933). — Pendant un an, on a fait parallèlement la recherche du temps de sédimentation globulaire et l'épreuve de la floculation de Vernes, sur 407 malades (337 femmes et 78 hommes) suspects ou atteints de tuberculose pulmonaire. 886 échantillons de sang furent ainsi mis à l'étude, la floculation à la résorcine étant interprétée d'après la technique même de Vernes et la sédimentation sanguine étant pratiquée suivant la technique de Cutler.

Les résultats ont confirmé les travaux antérieurs en montrant que ces 2 méthodes ont une valeur considérable pour contrôler le traitement et le pronostic des tuberculeux pulmonaires. Sauf quelques exceptions, et précautions étant bien prises, les chiffres de 2 épreuves sont comparables, surtout dans les cas récents ou peu avancés. Dans les cas plus évolués, il semble que l'épreuve de Vernes représente avec moins de précision l'état clinique que la sédimentation globulaire.

La recherche du temps de la sédimentation sanguine est d'un emploi plus facile en clinique, elle est moins coûteuse, à la portée de tous les praticiens, ne nécessite pas de calculs compliqués, les résultats sont immédiats et le facteur individuel d'interprétation est extrêmement réduit. Un seul centimètre cube de sang suffit pour la recherche alors qu'il en faut une dizaine au moins pour la floculation à la résorcine, le résultat est immédiat alors que l'épreuve de Vernes nécessite au moins une quinzaine d'heures et l'envoi à un laboratoire plus ou moins distant.

Il n'y a aucun renseignement fourni par l'épreuve de Vernes qui ne puisse être donné par la sédimentation et l'aspect de la courbe de sédimentation (verticale ou inclinée) est une indication qui n'est pas négligeable.

ROBERT CLÉMENT.

BULLETIN OF THE JOHN HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Walter E. Dandy. ***Etudes physiologiques à la suite de l'extirpation de l'hémisphère cérébral droit chez l'homme*** (*Bulletin of the John Hopkins Hospital*, t. LIII, n° 1, Juillet 1933). — Les tentatives de localisation des fonctions cérébrales, basées sur les effets des tumeurs cérébrales ou des processus dégénératifs, ont donné lieu à des résultats contradictoires et cela s'explique, car les troubles causés par une tumeur du cerveau par exemple ne sont pas forcément limités à la région où elle siège. D. a pu étudier minutieusement 3 sujets qui avaient subi l'extirpation de l'hémisphère cérébral droit en entier pour large tumeur cérébrale, c'est-à-dire en respectant les noyaux gris centraux et dont l'un survécut 26 mois et un autre 6 mois.

Malgré l'extirpation d'une aussi vaste surface de tissu cérébral, ces malades ne présentaient après l'opération aucun trouble de leur fonctionnement psychique. Chez le premier sujet, qui avait présenté des troubles mentaux sérieux et progressifs avant l'opération, ces phénomènes s'effacèrent après l'intervention. Ces malades étaient parfaitement orientés dans le temps et dans l'espace et conscients de leur personnalité. Leur mémoire pour les faits récents et anciens n'était pas diminuée, ils pouvaient lire, écrire et compter sans erreur, l'un d'eux était vif, alerte, s'intéressait à une conversation sérieuse, à la lecture et se tenait au courant des événements.

Cependant, l'hémianopsie qu'il présentait le gênait pour la lecture. Jamais, ces sujets ne présentèrent ni frayeur, ni hallucination, ni confabulation, ni obsession, etc., ils étaient même peu émotifs quoique l'un d'eux fût assez irritable. Ils étaient propres, s'étaient habitués à leur hémiplégie gauche et n'avaient aucune tendance à la coprolalie. L'odorat était intact, le goût conservé en partie, l'audition indemne et il n'existait pas de troubles vestibulaires; les mouvements oculaires se faisaient normalement, il n'y avait pas de nystagmus. Dans un cas, il y avait une très legère diminution de toutes les formes de sensibilité dans le domaine du trijumeau; dans un autre, la sensibilité cutanée était abolie dans le côté gauche du corps, le troisième ne présentait aucun trouble de la sensibilité. La motricité du trijumeau était peut-être très légèrement diminuée ainsi que celle du facial. Le pouvoir moteur des nerfs X, XI et XII était aussi légèrement atteint. Dans 2 cas, il subsistait quelques mouvements dans la jambe gauche. Pas de contractures, réflexes exagérés, clonus du pied et du genou.

ROBERT CLÉMENT.

MISCAREA MEDICALA ROMANA (Craiova)

O. Apostol. ***Le syndrome des kynétoses. I L'hypsipetopathie*** (*Miscarea Medicala Romana*, t. VI, nos 5-6, Mai-Juin 1933). — A. comprend sous le nom d'hypsipetopathie le syndrome du mal de montagne qu'on observe au cours des ascensions en montagne ou en ballon et des expériences faites dans le vide (caissons à vide).

Il donne au début quelques notions de physique et de biologie pour arriver à l'action de l'altitude sur les différents organes.

L'altitude est caractérisée par une ionisation de l'air qui contribue à la régénération sanguine et agit sur les algies. Elle sèche les muqueuses et la peau qui peuvent éclater légèrement, donnant de petites hémorragies ; à 6.000 m. on observe une polypnée, au delà de cette altitude on constate de l'oligopnée puis de l'anisopnée.

Sur l'appareil cardio-vasculaire, l'altitude provoque une élévation de la tension artérielle. On note de la tachycardie, l'hémoglobine augmente, la formule hématologique subit des modifications importantes (leucocytose, monocytose), la viscosité du sang augmente, la vitesse de sédimentation diminue.

A. termine par l'historique de l'hypsipetopathie.

HENRI KRAUTER.

D. Paulian, I. Bristriceano, G. Lazaresco. ***Recherches sur les variations du cholestérol du sérum sanguin humain sous l'action générale des rayons infra-rouges*** (*Miscarea Medicala Romana*, t. VI, nos 5-6, Mai-Juin 1933). — Après quelques notions sur la formule du cholestérol, P., B. et L. étudient l'origine du cholestérol organique. Il y a une origine exogène, alimentaire, une autre endogène, endocrinienne. Abelous et Argand croient que la rate aurait une sécrétion interne, cholestérogène; avec Soula, Abelous attribue au poumon la propriété de fixation et destruction du cholestérol. La vie génitale influence la cholestérolémie; la menstruation et surtout la gestation l'augmentent.

L'hypercholestérinémie se manifeste dans la ménopause et les aménorrhées.

Dans la fièvre typhoïde, la cholestérolémie est diminuée pendant les deux premiers septénaires et augmentée à 3 pour 1.000 dans la convalescence. Dans les néphrites chroniques le cholestérol augmente jusqu'à 15 pour 1.000 et dans le diabète sucré on rencontre parfois une lipémie jusqu'à 270 pour 1.000.

Quel est le rôle du cholestérol dans l'organisme ? Certains croient que les lipoïdes serviraient de véhicule des anticorps. D'autres lui attribuent un rôle phagocytaire ou une action antihémolytique vis-à-vis de certaines toxines (venin de cobra). Enfin Overton a démontré le rôle des lipoïdes dans la perméabilité cellulaire.

Partant des expériences de Male-Zyesky sur les animaux, concernant les variations du cholestérol sanguin sous l'influence des rayons infra-rouges, P., B. et L. recherchent leur action chez l'homme. Ils font des irradiations infra-rouges quotidiennes de 20-30 minutes à 25-50 cm. de la peau. Le dosage du cholestérol se fait suivant la méthode colorimétrique de Goigant; sur 5 malades ils ont constaté une augmentation sensible du cholestérol qui serait due à la congestion profonde des organes cholestérogènes par la chaleur pénétrante des rayons infra-rouges.

HENRI KRAUTER.

G. Cartutza. ***Le facteur cardiaque dans la production de la toux émétisante des tuberculeux. Action de la digitale*** (*Miscarea Medicala Romana*, t. VI, nos 5-6, Mai-Juin 1933). — C., médecin d'un sanatorium de tuberculeux, a étudié l'étiologie de la toux émétisante chez les tuberculeux et le facteur cardiaque dans sa production. Il prescrit l'infusion de digitale à 1/120 et observe la cessation des vomissements dès le lendemain et chez tous les malades alors que les opiacés ralentissent les vomissements sans les faire disparaître, qu'après quelques semaines. L'administration de la digitale s'accompagne souvent de la diminution de l'intensité des quintes de toux, le pouls est meilleur, la tachycardie diminue. Il cite plusieurs ob-

servations, qui démontrent par leur durée, leur apparition régulière, par leur tendance évolutive, la disparition de la toux émétisante chez les tuberculeux par la digitale, découvrant ainsi un facteur cardiaque dans la pathogénie de la toux émétisante. La digitale diminue les quintes de toux dans leur acuité et celles-ci ne se terminent plus par le spasme prolongé des muscles abdominaux et du diaphragme. On prescrira la digitale sans préparation préalable, le malade étant au lit et au régime déchloruré.

HENRI KRAUTER.

ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE (Paris)

G. Marinesco. *Recherches sur le type Bielschowsky de l'idiotie amaurotique avec réflexions sur le mécanisme biochimique de cette maladie* (*Archives roumaines de Pathologie expérimentale et de Microbiologie*, t. V, n° 3, Septembre 1933). — Chez une fillette, aurait débuté à l'âge de 16 ans, parallèlement, des troubles du caractère: irascibilité et instabilité, et la diminution de la vue; peu à peu, on nota la difficulté d'articulation des mots, l'incohérence des idées, la diminution de l'attention et de la mémoire, avec perte à peu près complète des connaissances antérieurement acquises, phrases stéréotypées sans aucun rapport entre elles. Cette enfant présentait une agitation motrice perpétuelle avec mouvements désordonnés ressemblant à ceux de la chorée, un strabisme interne inconstant de l'œil droit, un écoulement permanent de la salive par la bouche entr'ouverte. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux, la sensibilité ne semblait pas altérée. La diminution progressive de la vue aboutit peu à peu à la cécité. Une biopsie pratiquée au niveau de la région frontale permit de retirer un exsudat adhérent à l'écorce cérébrale, constitué par des amas de substances amorphes séparés par des travées de collagène et de capillaires, une masse de globules rouges extravasés, de lymphocytes et même de polynucléaires. Il s'agit là d'un processus inflammatoire au niveau de la pie-mère et de l'arachnoïde atteignant des proportions considérables. La malade succomba au bout de quelques jours avec fièvre et polynucléose rachidienne.

A l'autopsie, la méthode de Nissl a permis de constater, au niveau de l'écorce cérébrale et dans tout le nevraxe, des lésions que M. considère comme caractéristiques.

Les grosses cellules de l'écorce cérébrale ont une quantité plus marquée de substance chromatophile autour du noyau. Presque toutes les cellules de l'écorce sont surchargées de lipochrome. Cette surcharge est moins accusée dans les noyaux radiculaires du bulbe, de la moelle et dans les ganglions spinaux. Il y a en outre des altérations profondes de la névroglie. Il ne s'agit pas simplement d'un dépôt de lipoïdes qui est toujours un phénomène secondaire à la désintégration des lipoprotéïdes et des lipoïdes, mais d'une protéolyse qui se traduit au point de vue histologique par la chromatolyse.

Ce qui caractérise, au point de vue biochimique, les altérations de l'idiotie amaurotique, c'est un phénomène d'hydrolyse intéressant toutes les constituantes du protoplasma cellulaire. On est frappé par la diminution progressive des granulations d'oxydase, par la disparition de l'ion fer dans les régions où se déposent les lipoïdes et par les transformations successives des mitochondries qui prennent part à la formation des lipoïdes. Il existe donc dans les cellules nerveuses, des troubles profonds du mécanisme des oxydations et une espèce de mort progressive locale qui gagne petit à petit, à mesure que l'équilibre de la cellule est troublé.

ROBERT CLÉMENT.

BULLETINS ET MÉMOIRES de la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE BUCAREST

A. Savulesco. *Dermobiophylaxie et dermodésensibilisation (essai de traitement des affections de la peau par l'intradermo-protéinothérapie à haute dose).* [*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Bucarest*, t. XV, n° 7, Juillet 1933]. — La phylaxie (*Billard*) signifie protection. La biophylaxie, c'est l'ensemble des mécanismes défensifs, non spécifique, que l'organisme met en jeu pour assurer sa guérison. (Tzanck).

La sensibilité est la faculté grâce à laquelle l'organisme réagit à tout excitant (Métalnikow). La sensibilisation est une exaltation pathologique de la sensibilité cellulaire.

Besredka a montré comment on peut guérir certaines infections par l'immunisation locale. La porte d'entrée de l'agent pathogène doit être aussi sa porte de sortie.

La protéinothérapie produit une désensibilisation non spécifique. En approchant le principe de l'immunisation locale de Besredka à celui de biophylaxie de Tzanck et de la désensibilisation on peut réaliser une biophylaxie locale, dermique et une désensibilisation locale par injections intradermiques de substances protéiniques.

Or, la dermobiophylaxie et la désensibilisation de la peau sont deux effets, le premier immédiat, le second tardif de la cytoclasie cutanée réalisée par l'intradermo-protéinothérapie. Et le produit cellulaire est d'autant plus abondant que le nombre de cellules irritées est plus grand. Donc, l'intradermo-protéinothérapie pour dermobiophylaxie ou dermodésensibilisation réclame une forte dose de substance protéinique, injectée dans un grand territoire cutané pour que le choc se produise dans un grand nombre de cellules dermiques. S. emploie comme substance protéinique un mélange du propre sang du malade et du lait de vache stérilisé par ébullition et refroidi qu'il dénomme: *hémogalacte*.

Dans ses observations, le premier chiffre représente le sang, le second la quantité de lait en centimètres cubes; par exemple, hémogalacte 2+5 signifie un mélange de 2 cmc de sang et de 5 cmc de lait. Il faut faire un grand nombre d'injections pour réaliser une confluence de 10-20 piqûres que S. appelle *compact intradermique*. Le compact agit en donnant naissance à une substance à la fois protectrice et stimulante, la biophylaxine, non spécifique. Sous l'action de la biophylaxine il se produit un état d'accoutumance qui conduit à la désensibilisation. S. cite deux cas de *pyodermite*. Le premier chez un sujet de 54 ans, le second chez un nourrisson de 10 mois. Les affections cutanées qui guérissent par la *dermobiophylaxie* sont :

1. *Pyodermite:* a) furonculose, sycosis, acné, anthrax, impétigo, ecthyma.

b) *Autres dermites*, zona Foster, lupus érythémateux, dermo-épidermites de Gougerot, certains chancres mous.

c) *Dermatopathies trophiques*, ulcères variqueux (améliorations très marquées de certains ulcères trophiques).

2. *Par dermodésensibilisation*, dermatoses par sensibilisation, eczéma, prurigo, urticaire.

S. attire l'attention sur le fait que le facteur déterminant dans cette thérapeutique est *la dose*. L'irritation d'un nombre suffisant de cellules cutanées est un fait de première importance dans la réalisation de la dermobiophylaxie et de la dermodésensibilisation. Les pyodermites cèdent après 2 ou 3 compacts intradermiques.

Le sycosis guérit très vite. L'acné juvénile demande un traitement plus long (après 20 compacts). Dans le zona, dans deux cas traités, la douleur disparut quelques heures après le premier compact intradermique d'hémogalacte 2+5 et après le deuxième, la guérison fut complète.

Les lupus érythémateux guérissent après 20 compacts environ. Les ulcères variqueux bénéficient de grosses améliorations. Dans 20 cas d'eczéma, quelques-uns datant depuis plus de 2 années, S. a obtenu des guérisons rapides après 18 à 25 compacts, sans jamais avoir observé d'accidents. Des guérisons ont été obtenues après 4-8 compacts dans le prurigo et l'urticaire.

S. explique le processus physio-thérapeutique de l'intradermo-protéinothérapie par une triple action.

1°) Une dose massive d'hémogalacte intradermique produirait une dermocytoclasie qui élabore dans les cellules la dermobiophylaxine cause de la dermobiophylaxie.

2°) Les injections intradermiques d'hémogalacte répétées à 2 ou 3 jours d'intervalle facilitent le processus d'accoutumance de la peau envers les substances sensibilisantes. L'antianaphylaxie de Besredka est la désensibilisation spécifique par introduction parentérale de petites doses de substances sensibilisantes. Par contre les hautes doses de substance protéinique à quelques jours d'intervalle produisent la protéino-désensibilisation. Elle ne diffère de l'antianaphylaxie de Besredka que par son manque de spécificité, mais elle englobe, tellement elle est polyvalente, tous les facteurs sensibilisants. Enfin il y a une action sur les terminaisons nerveuses cutanées qui ont une action stimulante générale.

HENRI KRAUTER.

ACTA DERMATO-VENEROLOGICA (Stockholm)

R. Bernhardt. *L'étiologie du pemphigus et de la maladie de Duhring* (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, n° 2, Juillet 1933). — Urbach et Reiss avaient cherché à élucider l'étiologie du pemphigus en injectant, dans les veines ou sous la peau du lapin, du sang ou du liquide des bulles de malades atteints de pemphigus et de maladie de Duhring. Tous les résultats avaient été négatifs.

B. reprit ces expériences et il arriva aux mêmes résultats.

Dans 3 cas de *maladie de Duhring-Brocq*, B. injecta à de jeunes lapins 1 cmc 5 de sérum du malade dans la veine, et, sous la peau de l'oreille, un demi à 1 cmc de liquide d'une bulle séreuse; les lapins ne montrèrent aucun trouble.

Dans 1 cas de *pemphigus vulgaire*, un lapin reçut une injection intraveineuse de 1 cmc 5 de sérum sanguin et un autre une injection souscutanée de 0,7 cmc de liquide d'une bulle; on n'observa aucun trouble chez les lapins.

Dans un cas de *pemphigus végétant* mortel, un lapin reçut 1 cmc de sérum sanguin dans la veine; sa santé ne fut nullement altérée.

Cette méthode expérimentale n'apporte donc aucun éclaircissement à l'origine toxique ou infectieuse des *pemphigus*.

R. BURNIER.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE. (Paris)

E. Phocas. ***Exploration de la sécrétion pancréatique externe chez les diabétiques*** (*Revue médico-chirurgicale des Maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. VIII, n° 3, Mai-Juin 1933). — On a cherché souvent à préciser l'état de la sécrétion pancréatique externe chez les diabétiques et ses rapports avec le fonctionnement des îlots de Langerhans.

P. met en doute la valeur des épreuves effectuées par la méthode des noyaux de Schmidt ou par la méthode de Katsch. Il a étudié la sécrétion pancréatique externe par le tubage duodénal après ingestion de lait; celui-ci possède une action excito-sécrétoire nette sur le pancréas. Dans le suc duodénal obtenu, il a dosé la lipase et la trypsine. D'après les recherches pratiquées sur 8 diabétiques, on ne peut affirmer que les troubles de la sécrétion externe puissent jouer un rôle dans le diabète. Celle-ci peut être normale au cours de diabètes graves en périodes avancées. Peut-être, les troubles digestifs, dans ces cas, peuvent-ils être rapportés à l'élimination de produits toxiques, nés de la viciation des métabolismes des azotés et des graisses.

H. G. Mogena. ***L'ictère provoqué par l'atophan*** (*Revue médico-chirurgicale des Maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t VIII, n° 3, Mai-Juin 1933). — L'action de l'atophan sur le foie est connue et on a étudié son action cholérétique. Parmi les phénomènes d'intoxication qu'il peut produire, il convient de signaler particulièrement l'ictère. Les cas d'ictère atophanique déjà publiés sont nombreux. M. en apporte quatre autres, dont trois survenus chez des malades absolument indemnes de toute lésion et de tout antécédent hépatique. Cet ictère est souvent précédé par des troubles digestifs, des douleurs de l'hypocondre droit ou d'urticaire, sa date d apparition est variable (de 24 heures à 20 jours). Il peut être mortel par atrophie jaune aiguë du foie. La dégénérescence graisseuse aiguë du foie est, en effet, la lésion que l'on trouve après les fortes intoxications; les petites doses peuvent donner des lésions chroniques à la longue. Le retentissement sur le fonctionnement hépatique peut aussi être mis en évidence par les épreuves de galactosurie ou d'hyperglycémie provoquée. L'atophan semble entraver le métabolisme des hydrates de carbone et la formation de glycogène. On ne sait encore à quel groupe composant il faut attribuer l'action toxique. Celle-ci est, elle-même, discutée, et certains auteurs ont parlé d'ictères infectieux de pure coïncidence. M. n'admet pas cette hypothèse et reconnaît d'une façon certaine l'action toxique sur la cellule hépatique. Il en résulte une sanction pratique: sans interdire l'emploi de l'atophan, il convient toutefois de le surveiller de près, et de ne pas le laisser, sans surveillance, aux malades. En outre, il est contre-indiqué chez les hépatiques et dans toutes les affections des voies biliaires.

A. Escalier.

LA SEMANA MEDICA (Buenos-Aires)

F. C. Arrilaga et **J. Espejo Sola.** ***Les épreuves de l'adrénaline et de l'atropine et la tension artérielle*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 34, 24 Août 1933). — Bien différentes selon les sujets apparaissent les réactions du système nerveux végétatif, réactions, en particulier, aux agents pharmacodynamiques.

Par leur équilibre, le sympathique et le pneumogastrique règlent la tension artérielle. Ils sont influencés par l'action des centres diencéphaliques, para-ventriculaires, et, à la périphérie, par les excitations des filets sensitifs, par les organes chromaffines.

L'adrénaline, injectée à la dose de 1 milligr., élève transitoirement la tension chez nombre de sujets normaux ou hypertendus. Mais, dans un groupe aussi important d'autres sujets, elle l'abaisse au contraire.

L'atropine, à la même dose, produit constamment une chute tensionnelle.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE NEUROLOGIA (Buenos-Aires)

V. Dimitri. ***Aphasie par hémorragie lenticulaire*** (*Archivos Argentinos de Neurologia*, t. VIII, n° 1, Février 1933). — Observation d'un cas d'aphasie complète, consécutive à un ictus, avec perturbation du langage intérieur, de la lecture et de l'écriture. Intégrité intellectuelle. Le malade se rééduque rapidement, mais il est emporté par un second ictus.

L'examen anatomique montre une vaste cavité kystique post-hémorragique (correspondant au premier ictus), sous-jacente à l'insula, dans la zone lenticulaire gauche, étendue du centre ovale au noyau amygdalien. Bref, lésion du quadrilatère de Pierre Marie et de la zone de l'anarthrie. Le faisceau arqué est interrompu dans la capsule externe.

Anatomiquement et cliniquement, le cas présenté se rapproche de l'*aphasie insulaire de conduction avec paraphasie* de Lichteim-Wernicke, rejetée au second plan par les travaux de Pierre Marie. Il contredit la théorie classique, de l'aphasie motrice par lésion de la troisième circonvolution frontale. G. d'Heucqueville.

REVISTA MEDICA DEL ROSARIO (Rosario)

L. G. Sabathié et **M. G. Loza.** ***Syndrome complet du ganglion géniculé*** (*Revista Medica del Rosario*, t. XXIII, n° 7, Juillet 1933). — S. et L. rappellent les travaux de Ramsay Hunt, rattachant le zona otitique à la lésion du ganglion géniculé, laquelle s'accompagne souvent de paralysie faciale avec troubles de l'audition.

Ils rapportent l'observation d'un jeune homme de 15 ans. Début par des douleurs du pavillon de l'oreille. Puis, apparition, du même côté, d'une éruption zonateuse dessinant la zone de Ramsay-Hunt. Paralysie faciale progressive. Etat fébrile.

Dans le liquide céphalo-rachidien, réaction lymphocytaire : 2 lymphocytes par millimètre cube.

G. d'Heucqueville.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Schreiner et **Wendlberger.** ***Le comportement du système réticulo-endothélial chez les brûlés*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, n° 32, 5 Août 1933). — On sait que les accidents observés au cours des brûlures étendues sont dus à la résorption par l'organisme d'albumines toxiques au niveau des brûlures. Toutes les thérapeutiques préconisées doivent donc viser soit à empêcher cette résorption (pansements chirurgicaux, applications de tannin), soit à seconder l'organisme dans sa lutte contre l'intoxication. Tous les moyens de contrôle doivent être mis en œuvre, y compris l'examen du sang qui peut donner les renseignements les plus précieux.

L'augmentation des éosinophiles ainsi que l'hyperleucocytose sont considérées comme de bon pronostic. En outre, on met en évidence, au début, dans le sérum sanguin, de grandes quantités de protéases, dues à la destruction tissulaire. Mais les indications pronostiques les plus précieuses sont tirées de l'étude du système réticulo-endothélial, qui, sidéré au moment où les accidents toxiques atteignent leur maximum, retrouve ses possibilités dès que la période critique est passée. Bien entendu, cette étude pronostique ne s'applique qu'aux cas de moyenne gravité, et non pas aux grands brûlés chez lesquels l'issue fatale survient au bout de deux ou trois jours; on pratiquera l'étude cytologique du contenu des phlyctènes artificiellement provoquées par un vésicatoire, en tenant le plus grand compte du nombre des monocytes et des éosinophiles dont le chiffre tombe lorsque l'état s'aggrave et remonte lorsque le pronostic est favorable.

Quelques observations confirment ces théories.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Fischl. ***Ulcérations tuberculeuses de la peau après grippe*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 30, 28 Juillet 1933). — F. relate les deux observations suivantes: dans un premier cas, on voit apparaître chez un homme de 32 ans, à la suite d'une grippe sévère, des ulcérations cutanées multiples affectant une topographie en caleçon de bain, ulcérations dont la nature tuberculeuse fut prouvée par la suite par la mise en évidence de bacilles de Koch dans les tissus excisés, ainsi que dans les urines et dans le sang (méthode de Löwenstein).

Dans un deuxième cas, également après une maladie considérée comme une grippe, apparurent simultanément une tuberculose miliaire des deux poumons, et des ulcérations des téguments de l'aile du nez et d'un doigt. Là encore, on trouva du bacille de Koch sur les coupes. Dans les deux cas, les malades avaient présenté antérieurement, l'un des ulcérations du siège, probablement bacillaires, l'autre, une pleurésie. G. Basch.

Krenn. ***Hernie diaphragmatique avec anomalies d'auscultation*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 33, 18 Août 1933). — Le malade dont K. rapporte l'observation présentait peu de signes cliniques, si ce n'est de temps en

temps des douleurs gastriques qu'il avait pris l'habitude de combattre en provoquant des vomissements. L'examen montre à la partie inférieure de l'hémithorax gauche un tympanisme débutant à la ligne mamelonnaire avec abolition du murmure vésiculaire; du côté droit, on note, à gauche de la ligne mamelonnaire, un sifflement léger à timbre métallique; il n'y a pas de succussion, les vibrations vocales sont perçues des deux côtés. Devant un pareil tableau clinique, on pensa à une hernie diaphragmatique, tirant argument en outre de ce sifflement perçu aux deux temps de la respiration et qui était sans doute dû à une véritable sténose médio-gastrique par stricture de l'estomac au niveau de l'orifice diaphragmatique. La radio confirma le diagnostic en montrant à la base gauche une vaste zone de clarté correspondant à la poche à air. Par la suite, le malade ayant succombé à une typhoïde, on put vérifier le diagnostic à l'autopsie, qui montra un orifice dans le diaphragme d'une largeur de 9 cm. C'est à travers cette lacune que s'engageait l'estomac, d'où le sifflement, qui constituait la curiosité séméiologique de ce cas. G. Basch.

BRAZIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

Arlindo de Assis. ***Sur un cas de pyélite dysentérique*** (*Brasil Medico*, t. XLVII, n° 32, 12 Août 1933). — Observation de pyélite par bacille de Flexner-Hiss, identifié par les examens bactériologique et sérologique. Absence de syndrome intestinal. Guérison sous l'influence de la vaccinothérapie.

Dans les cultures, A. a isolé une colonie d'aspect lisse et une colonie d'aspect rugueux. Celle-ci n'est pas agglutinable par le sérum Sonne. La première agglutine le sérum Flexner-Hiss. A. a préparé des sérums correspondant à ces deux types.

Ces faits sont fort intéressants pour l'étude biologique de la dysenterie. G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

J. A. Collazo, J. Puyal et **I. Torres.** ***Action de l'hormone corticale surrénale sur la glycémie, la lactacidémie, la chlorémie, la sodémie*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. XXXVI, n° 28, 15 Juillet 1933). — Comme l'adrénaline, l'hormone cortico-surrénale exerce-t-elle une action sur le métabolisme hydro-carboné ?

Les auteurs ont injecté l'hormone à des cobayes sains, par voies sous-cutanée et intra-veineuse, à doses élevées (3 à 5 cmc par kilogr.), ou faibles (0 cmc. 05 à 0,1 par kilogr.).

A doses élevées, on observe une hyper-lactacidémie transitoire, suivie d'hypo-lactacidémie ; une élévation tardive de la glycémie, élévation qui atteint 50 pour 100 de la valeur initiale. La chlorémie augmente, mais la sodémie diminue.

Aux doses faibles, aucune modification de la glycémie ni de la lactacidémie. Ces phénomènes, bien différents de ceux que provoque l'adrénaline, permettent d'individualiser le principe cortico-surrénal par son action sur le métabolisme.

G. d'Heucqueville.

M. Vilarino. ***Influence de la thyroxine sur la réaction cutanée à la tuberculine*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. XXXVI, n° 37, 16 Septembre 1933). — Des travaux antérieurs consacrés à la question ressortait cette constatation que les hypothyroïdiens ne présentaient pas l'allergie cutanée à la tuberculine.

V. distingue les 3 formes de la réaction : *réaction épicutanée, cuti-réaction, intra-dermo-réaction.* Il compare dans les 3 cas les effets de quatre solutions contenant : tuberculine seule, tuberculine et thyroxine, tuberculine et potasse caustique, thyroxine seule.

L'addition de thyroxine renforce la réaction épicutanée à la tuberculine, moins nettement cependant que l'addition de potasse caustique : l'une comme l'autre agissent en décapant la couche épidermique protectrice. Une réaction épicutanée positive est indicatrice surtout de tuberculose cutanée. Ni la potasse concentrée, ni la thyroxine, ne la font apparaître dans les tuberculoses de type viscéral.

Ces agents ne modifient ni la cuti-réaction, ni l'intradermo-réaction.

L'action de la thyroxine apparaît donc purement locale. Les faits rapportés plaident en faveur de la théorie des deux formes de réactions tuberculiniques : cutanéo-vasculaire d'une part, épithéliale d'autre part. G. d'Heucqueville.

ARS MEDICA
(Barcelone)

A. Caralps Masso. ***Les complications post-opératoires de la collapsothérapie chirurgicale dans la tuberculose pulmonaire*** (*Ars Medica*, t. IX, n° 95, Août 1933). — La thoracoplastie n'est pas sans contre-indications sérieuses. Un examen minutieux local et général s'impose avant de l'entreprendre. Certaines thoracoplasties sont restées inefficaces.

Il faut craindre l'irritation bronchique dans l'anesthésie générale, et, dans l'anesthésie locale, les phénomènes d'intoxication. Les hémorragies peuvent survenir à tous les temps de l'opération, spécialement dans la dénudation des côtes, ainsi que le shock avec hypotension. L'envahissement brusque des bronches par le pus d'un foyer ouvert cause parfois l'asphyxie. Enfin l'opération bouleverse les conditions de la circulation thoracique.

Complications post-opératoires : les suppurations, les accidents pulmonaires graves (granulie, hémoptysies), le « médiastin pendulaire » avec respiration paradoxale. Séquelles : troubles de la statique thoracique, difformités.

C. M. cite 2 cas mortels par asphyxie et asystolie. G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

W. Cutting, H. Mehrtens et **M. Cainter.** ***Action et emploi du dinitrophénol*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 3, 15 Juillet 1933). — C., M. et C. ont étudié expérimentalement l'action métabolique de cette drogue, et ont vu qu'elle déterminait une augmentation considérable du métabolisme par accentuation des combustions cellulaires, et que l'ablation du corps thyroïde ne changeait rien à cette action. Ils ont donc eu l'idée de l'essayer, à doses non toxiques, chez les malades obèses. Cette action a été rapide et dans aucun des cas traités (3 mmg. par kilogramme, par voie buccale en capsules gélatinées), aucun signe d'intolérance ne fut observé. Mais, étant donné la toxicité particulière du produit et l'expérience limitée, C., M. et C. conseillent de n'essayer cette thérapeutique que chez des malades en surveillance constante. R. Rivoire.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

H. Cushing. ***Coup d'œil critique jeté au bout de vingt ans sur le « dyspituitarisme ». Etude spéciale des adénomes de l'hypophyse*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 4, Avril 1933). — Dans cette magistrale conférence consacrée au même sujet qu'il avait traité vingt ans auparavant et qui n'a cessé depuis de faire l'objet de ses recherches, G. expose les progrès faits dans l'étude des troubles des fonctions hypophysaires, grâce surtout à l'expérimentation sur l'animal et aux études anatomo-cliniques, les contributions de l'histologie et de la chimie biologique étant restées encore en retard. Peu à peu s'est dégagée la notion que les diverses parties de la glande élaborent des hormones distinctes, celles du lobe postérieur donnant des réponses pharmacologiques rapides, celles du lobe antérieur produisant plus lentement leurs effets. Puis on a vu que l'hyperfonctionnement de la glande peut être responsable de certains états cliniques jusque-là obscurs. Dans ces derniers temps l'attention s'est concentrée sur les propriétés des extraits anté-hypophysaires dont les remarquables effets ont mis en valeur la prééminence de l'hypophyse sur diverses autres glandes endocrines. Bien des recherches faites sur celles-ci devront être reprises à la lumière de ces connaissances nouvelles. En même temps la conception que le lobe antérieur, le lobe postérieur et le diencéphale travaillent en harmonie s'est imposée de plus en plus.

C. étudie ensuite les adénomes hypophysaires. Il précise d'abord la cytologie normale de l'adéno-hypophyse qu'il oppose à la neurohypophyse. Il insiste sur la structure du paranucléus de Golgi qui permet de différencier les cellules acidophiles à paranucléus réticulé des cellules basophiles à paranucleus en anneau, distinction que l'on peut déjà faire sur les cellules-souches chromophobes.

D'après leur structure, on distingue 3 types d'adénomes hypophysaires : adénomes à cellules chromophobes, à cellules éosinophiles, à cellules basophiles.

Les adénomes à cellules chromophobes, de beaucoup les plus communs et exceptionnellement de nature maligne, semblent dénués d'activité sécrétoire. Petits, ils n'ont pas d'histoire clinique ; s'ils se développent en s'extériorisant de la selle turcique, ils déterminent des troubles du côté du chiasma, mais n'ont pas d'effet sécrétoire ; s'ils se développent à l'intérieur de la selle, ils compriment le lobe antérieur, réalisant un tableau d'insuffisance antéhypophysaire double : dystrophie hypophyso-génitale, et nanisme si le sujet est atteint avant l'adolescence. C. en relate un cas très démonstratif suivi pendant 8 ans chez une fillette atteinte de craniopharyngiome associé à un adénome chromophobe intrasellaire, qui présentait du nanisme hypophysaire et qui fut opérée 2 fois, à 6 ans d'intervalle, en raison des symptômes de voisinage (troubles de la vision, hémianopsie, etc.). Récemment des injections d'hormone préhypophysaire de croissance ont donné de bons résultats symptomatiques (gain de poids, amélioration de l'état général), mais n'ont pas activé notablement le développement squelettique.

C. examine particulièrement les relations qui peuvent exister entre la croissance et la fonction hypophysaire. A ce propos, il rapporte 2 observations où, chez des adolescents présentant une croissance exagérée, un arrêt a pu être obtenu grâce à la radiothérapie de l'hypophyse dont on sait les bons résultats sur les adénomes de l'acromégalie.

Les adénomes acidophiles se traduisent par l'acromégalie et le gigantisme, résultat d'un excès de l'hormone de croissance sécrétée par les éléments éosinophiles hyperactifs. Le plus souvent on trouve en même temps des dystrophies du côté de l'appareil génital dont la pathogénie est encore entourée d'obscurité car on n'est pas encore arrivé à séparer complètement dans les extraits antéhypophysaires l'hormone de croissance de l'hormone de maturation sexuelle. C. rapporte un cas d'aménorrhée persistante consécutive à un accouchement et s'accompagnant de lactation continue et

d'acromégalie passagère avec élargissement de la selle turcique et symptômes de compression qui motivèrent une intervention. Celle-ci montra un adénome à prédominance acidophile. La radiothérapie améliora ensuite les symptômes de compression, mais une expansion ultérieure de la tumeur se produisit vers l'hypothalamus, se traduisant par de la somnolence et de l'hydrocéphalie. Ce cas montre combien le syndrome d'hyperpituitarisme acidophile peut être complexe et quelles difficultés d'interprétation il peut susciter, surtout quand il y a compression du diencéphale. Il faudrait pouvoir, chose jusqu'ici impossible, contrôler le sang et l'urine de tels malades et expérimenter sur le tissu tumoral lui-même afin de reconnaître quelles sortes d'anomalies hormonales sont en jeu.

Les adénomes basophiles, fort rares, ont une symptomatologie très spéciale avec leur obésité abdominale, leur aménorrhée, leur hirsutisme, leurs vergetures, leur glycosurie, leur hypertension, leur décalcification des os souvent accompagnée de fractures spontanées, qui les ont fait jadis prendre pour des cas d'ostéomalacie, de diabète, d'obésité ou d'hypersurrénalisme. A l'autopsie on trouve une thyroïde souvent diminuée de volume, un thymus atrophié, des ovaires atrophiés sans corps jaunes, une hypertrophie de la corticale surrénale et une artériosclérose parfois extrême. Le cas relaté en grand détail par C. est particulièrement instructif. Il pose la question des effets secondaires de l'hormone basophile sur les autres endocrines et de la possibilité d'une activation du lobe postérieur par la lésion antéhypophysaire. On trouvera là une discussion du plus haut intérêt, qui montre combien de travail est encore nécessaire pour arriver à élucider le rôle respectif des hormones hypophysaires et les effets sécrétoires des adénomes de l'hypophyse.

P.-L. Marie.

W. B. Mc Clure, C. B. de Takats et **W. F. Hinman.** ***Mécanisme de l'œdème du type rénal. Modifications dans la teneur en eau du sang et dans la teneur en protéines du plasma sanguin pendant le cycle de l'œdème chez les enfants*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 6, Juin 1933). — Espérant obtenir des renseignements précieux sur le mécanisme de la production de l'œdème rénal, C., T. et H. ont déterminé aux divers stades de l'œdème la teneur en eau du sang total et du plasma ainsi que la teneur en protéines du plasma chez 7 enfants atteints de néphrose et de glomérulo-néphrite avec syndrome néphrosique. Ils ont pensé que cette enquête pourrait en particulier indiquer si l'insuffisance de l'élimination de l'eau est attribuable à un trouble de la fonction rénale, à des changements survenus dans les tissus de l'organisme en général ou à un défaut de concentration des protéines du plasma sanguin. On pourrait, par exemple, s'attendre à trouver : 1° un taux élevé d'eau dans le sang pendant le développement de l'œdème et un retour de l'eau à la normale avec la diurèse et la disparition de l'œdème, si ce dernier est dû originairement à une insuffisance de la fonction rénale de l'élimination de l'eau; 2° une teneur en eau du sang normale ou abaissée pendant le développement de l'œdème (à moins qu'il n'y ait un œdème concomitant du sang), devenant plus élevée juste avant et durant la diurèse, si l'œdème relève d'une rétention de l'eau dans les tissus; 3° les mêmes modifications qu'en 2°, si l'œdème est dû à une diminution de la concentration des protéines dans le plasma, mais, dans cette éventualité, une diminution des protéines du plasma doit précéder théoriquement la perte de l'eau du sang et une augmentation des protéines du plasma doit précéder l'augmentation de l'eau du sang et le début de l'évacuation de l'œdème.

Voici, d'une façon générale, les résultats de ces recherches :

1° Le volume relatif du plasma se montra habituellement diminué pendant le développement de l'œdème, augmentant avant le début de la diurèse, et encore davantage pendant la diurèse, devenant même parfois supérieur à la normale à ce moment, puis tendant à revenir à la normale après la diurèse.

2° La concentration des protéines du plasma se montra diminuée durant le développement de l'œdème, les globulines tendant à rester normales ou un peu supérieures à la normale. Pendant la diurèse les protéines du plasma demeurèrent diminuées ou parfois un peu augmentées, l'augmentation portant d'ordinaire sur la fraction globuline. Après la diurèse, dans les cas où l'état général du malade se trouva nettement amélioré, les protéines du plasma augmentèrent graduellement jusqu'au taux normal.

3° La concentration du résidu fixe non protéinique du plasma fut souvent supérieure à la normale; cette augmentation ne pouvait être mise sur le compte d'une augmentation des éléments azotés non protéiniques, et attribuée seulement partiellement à une augmentation de la teneur en cholestérol.

Les auteurs estiment que les variations du volume relatif du plasma traduisent le mieux les modifications de la teneur en eau du sang de leurs malades.

Or les variations du volume relatif du plasma pendant le cycle de l'œdème furent juste l'inverse de ce que l'on aurait dû attendre si l'œdème était entièrement attribuable à une insuffisance de la fonction rénale de l'élimination de l'eau.

Tandis que les modifications dans la teneur en eau du sang, considérées exclusivement, s'accordèrent bien en général avec la théorie qui veut que la diminution de la concentration des protéines du plasma soit la cause de l'œdème, le fait que le début de la diurèse et la disparition de l'œdème se produisirent dans la plupart des cas sans qu'il y ait d'augmentation significative dans la concentration des protéines du plasma, et spécialement dans la fraction albumine, indique cependant qu'il existe un autre ou d'autres facteurs intervenant pour maintenir l'œdème, et, probablement donc, pour le produire.

Lorsqu'on analyse les faits rapportés, l'augmentation de la concentration des protéines du plasma précédant le début de la diurèse, qui pourrait avoir été masquée par une augmentation coïncidente du volume du plasma, paraît dénuée de signification en ce qui regarde son influence possible sur la mise en train de la diurèse, exception faite peut-être pour l'augmentation des protéines totales du plasma observée dans 2 cas et qui prête à discussion.

En considérant le rôle joué par une basse concentration des protéines du plasma dans la production de l'œdème, on devrait peut-être distinguer un facteur favorisant, déterminant une tendance à la formation de l'œdème, et un facteur actif, causant la formation réelle de l'œdème cliniquement manifeste, et considérer la possibilité que la suppression de l'un ou de l'autre de ces facteurs pourrait suffire à mettre en train la disparition de l'œdème. La concentration abaissée des protéines du plasma dans l'œdème du type néphrosique peut représenter un tel facteur favorisant et, en sa présence, un facteur actif additionnel peut être nécessaire pour déclencher un œdème manifeste cliniquement. D'autre part, les modifications de la teneur en eau du sang pendant le cycle de l'œdème s'accordent assez bien avec ce à quoi l'on pourrait s'attendre au cas où l'œdème serait dû à des changements au niveau des tissus de l'organisme en général, rendant l'eau retenue par eux moins capable d'être résorbée par le sang pendant le développement de l'œdème, et plus capable de l'être lors de l'amélioration précédant et accompagnant la diurèse.

La conception qui veut que les modifications qui conduisent à la disparition de l'œdème aient leur siège primitivement au niveau des tissus gagne encore en force si l'on fait état de 2 observations où le temps de disparition de la solution saline injectée dans le derme était allongé sans qu'il y ait d'augmentation de la pression osmotique calculée des protéines durant la phase stationnaire de l'œdème précédant le début de la diurèse et la perte de poids.

P.-L. Marie.

W. S. Polland. ***Le repas d'épreuve à l'histamine*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 6, Juin 1933). — P. analyse ici les résultats donnés par 988 repas d'épreuve à l'histamine (injection de 0 milligr. 1 d'histamine par 10 kilogr. de poids, aspiration de la sécrétion gastrique toutes les 10 minutes jusqu'à cessation de la sécrétion).

684 patients en bonne santé ont servi à établir les valeurs normales de l'acidité et du volume de la sécrétion gastrique. Chez les hommes l'acidité totale moyenne varia de 101 unités à l'âge de 25 ans jusqu'à 67 unités à l'âge de 65 ans; on constata chez eux un rapport très net entre l'âge et l'acidité. Chez les femmes on trouva une acidité totale moyenne allant de 82 unités à 25 ans jusqu'à 66 à 65 ans. Maints sujets d'apparence normale (79) présentèrent de l'anacidité. Le volume maximum moyen de suc gastrique sécrété en 10 minutes chez les hommes fut compris entre 39 cmc à 25 ans et 25 cmc à 65 ans. Chez les femmes les chiffres correspondants furent de 31 et de 21 cmc. Dans les deux sexes on nota un rapport net entre le volume et l'âge du sujet, la sécrétion gastrique totale diminuant dans la même proportion avec l'âge dans les deux sexes. On trouva une augmentation constante des cas d'anacidité avec l'âge, et à toutes les périodes de la vie la fréquence de l'anacidité fut plus grande chez les femmes (10,7 pour 100 pour l'ensemble des hommes, 14 pour 100 pour les femmes). On est frappé des larges limites entre lesquelles varient les chiffres observés chez les sujets normaux; de ce fait les dénominations d'hyper- et d'hypoacidité pour désigner des états pathologiques doivent être abandonnées. Les différences entre le sexe et la diminution du taux de la sécrétion gastrique avec l'âge, surtout chez les hommes, sont des constatations ayant un intérêt physiologique évident et une importance clinique certaine.

Parmi 130 sujets atteints d'ulcère duodénal, 91 pour 100 avaient une acidité totale et 79 pour 100 un volume de sécrétion supérieurs aux taux normaux pour le même âge et le même sexe. Parmi 36 cas d'ulcère gastrique, 92 pour 100 présentaient une acidité totale et 75 pour 100 un volume de sécrétion gastrique supérieurs aux chiffres normaux pour le même âge et le même sexe.

Parmi 56 cas de cancer d'estomac, la fréquence de l'anacidité était de 68,6 pour 100. Parmi tous ces malades, un seul avait une acidité supérieure à la normale du même âge et du même sexe et il n'y en avait que 3 ayant un volume de sécrétion dépassant la normale. Tous les hommes atteints de cancer avaient un volume de sécrétion inférieur à la moyenne.

Dans le groupe des maladies diverses, il fut impossible de dégager un type caractéristique de sécrétion gastrique propre à ces maladies, sauf en ce qui concerne l'anémie pernicieuse où l'anacidité fut rencontrée dans tous les cas examinés.

P. discute la valeur de l'épreuve à l'histamine pour le diagnostic différentiel entre affections bénignes et malignes de l'estomac. Etant donné les chiffres si différents trouvés chez les sujets normaux, il est évident que seules les valeurs extrêmes peuvent fournir des indications diagnos-

tiques de valeur; c'est le cas dans l'ulcère et dans le cancer gastriques ainsi que dans l'anémie pernicieuse.

P.-L. Marie.

E. C. Bannick, J. M. Berkman et **D. C. Beaver.** ***Amyloïdose diffuse atypique*** (*Archives of internal Medicine*, t. LI, n° 6, Juin 1933). — On sait depuis longtemps reconnaître l'amyloïdose quand elle survient chez des malades atteints de suppurations chroniques, de tuberculose, de syphilis, et il faut la soupçonner dans ces états quand on trouve un gros foie ou une splénomégalie ou des signes d'atteinte rénale. Mais en l'absence de cette étiologie il est possible que l'amyloïdose passe assez souvent inaperçue.

Les 3 cas atypiques rapportés ici montrent qu'il faut penser à l'amyloïdose dans tous les cas habituels d'affections hépatiques, spléniques, rénales ou surrénales, même quand on ne trouve pas d'argument en faveur de l'amyloïdose.

Chez 2 des malades, il s'agissait d'une étiologie exceptionnelle, l'amyloïdose paraissant liée à une maladie de Hodgkin chez l'un et à une forme rare de cancer gastrique (cancer à cellules acidophiles) chez l'autre, sans qu'il existât de suppuration chronique. Dans le troisième cas, l'étiologie demeura complètement obscure, la maladie rappelant par certains côtés une cirrhose hépatique avec ascite, gros foie et grosse rate, par d'autres côtés une insuffisance rénale et surrénale. L'autopsie montra une amyloïdose généralisée, sans foyer de suppuration chronique, qui était atypique également du point de vue anatomo-pathologique, car elle ne présentait pas toutes les réactions de coloration spécifiques de la substance amyloïde habituelle (coloration brun noir, mais non brun rouge avec l'iode sur les pièces fraîches, absence de coloration avec l'iode sur les coupes; réaction métachromatique seulement ébauchée avec le violet de méthyle, mais réaction typique avec le rouge Congo); il s'agissait probablement d'une substance voisine, mais non d'amyloïde vraie.

Les auteurs insistent sur l'appoint précieux que fournit au diagnostic l'épreuve du rouge Congo quand on soupçonne une amyloïdose.

Dans les 3 cas relatés, il existait cliniquement de l'insuffisance surrénale et l'autopsie révéla une dégénérescence amyloïde étendue des surrénales. Chez tous ces malades, l'hypotension était frappante, et dans deux de ces cas il y eut un tableau rappelant la crise d'insuffisance surrénale aiguë; mais chez aucun des malades il n'y eut de pigmentation anormale.

P.-L. Marie.

H. H. Permar et **H. D. Gœhring.** ***Deux cas d'intoxication par l'atophan*** (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 9, Septembre 1933). — Les cas d'intoxication par l'atophan se multiplient avec l'usage inconsidéré qu'on fait souvent de ce médicament dans le public. P. et G. en relatent 2 cas mortels avec lésions prédominantes au niveau du foie, comme il est habituel, celles-ci étant identiques à celles que l'on observe dans les atrophies aiguës et subaiguës du foie produites par de nombreux poisons, en particulier le trinitrotoluène.

La première malade avait pris 36 gr. d'un dérivé iodé de l'atophan durant les six semaines qui avaient précédé le début des troubles toxiques qui se traduisirent par des signes d'ictère catarrhal de plus en plus marqué avec des troubles gastriques accentués qui aboutirent à la mort 33 jours après les premiers symptômes. L'autopsie, seulement partielle, montra des lésions hépatiques de dégénérescence, mais représentant un stade moins avancé que celles qu'on rencontre ordinairement; elles consistaient en une nécrose légère des cellules prédominant au centre des lobules et en une infiltration cellulaire discrète.

Le second malade, un rhumatisant chronique, avait absorbé 1 gr. d'atophan 3 fois par jour pendant deux mois (162 gr. en tout) quand survint un ictère progressif sans troubles gastriques terminé par la mort au bout de 15 jours au milieu de symptômes de toxémie. A l'autopsie, foie de volume normal, mais présentant une nécrose diffuse intense du parenchyme à maximum centro-lobulaire. Au niveau de l'estomac et du duodénum existait une réaction inflammatoire et œdémateuse très accusée avec nécrose superficielle par places. On trouvait en outre de la tuméfaction trouble des fibres myocardiques et des cellules rénales.

P.-L. Marie.

R. T. Beebe et **M. M. Wintrobe.** ***Effet de la viande de bœuf prédigérée par le suc gastrique normal sur l'anémie idiopathique hypochrome*** (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 9, Septembre 1933). — Castle a montré en 1929 que la viande de bœuf crue digérée en présence de suc gastrique normal détermine chez les malades at teints d'anémie pernicieuse une rémission semblable à celle que donne le foie.

B. et W. se sont demandé si les sujets présentant de l'anémie idiopathique hypochrome, état morbide qui rappelle l'anémie pernicieuse par certains symptômes, notamment par l'anachlorhydrie et dont la place en nosologie est encore controversée et la parenté avec la maladie de Biermer très discutée, répondraient favorablement à ce traitement.

Dans les 5 cas traités, ils ne constatèrent pas d'augmentation du taux des réticulocytes ni de l'hémoglobine ni des globules rouges. Par contre, à la suite de l'administration de citrate de fer ammoniacal à doses convenables, ils virent chez tous les malades le pourcentage de réticulocytes s'élever rapidement et bientôt se produire une prompte augmentation de l'hémoglobine, du volume des hématies déterminé avec l'hématocrite et une amélioration nette de l'état général des malades.

Il ne semble donc pas y avoir dans cette anémie absence dans le suc gastrique du facteur spécifique à la carence duquel on fait actuellement jouer un grand rôle dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse.

P.-L. Marie.

A. J. Lehman et **P. J. Hantlik.** ***Recherches expérimentales sur l'intoxication par l'atophan*** (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 9, Septembre 1933). — L. et H. ont cherché à reproduire expérimentalement les lésions hépatiques qu'on regarde communément comme la conséquence directe de l'action toxique de l'atophan. Or, ni chez le rat blanc, ni chez le lapin, ils n'ont réussi à reproduire ces altérations au moyen de doses d'atophan et de novatophan très supérieures aux doses thérapeutiques usuelles chez l'homme, et administrées par la bouche de façon très prolongée. Jamais ils n'ont vu non plus la bile apparaître dans l'urine.

Devant ces résultats négatifs, ils ont essayé de sensibiliser le foie à ces médicaments en provoquant au préalable des altérations hépatiques au moyen du phosphore ou de l'anesthésie chloroformique. Mais, là encore, même insuccès : l'épreuve du rose bengale n'indiquait pas d'insuffisance fonctionnelle et l'histologie montrait un parenchyme hépatique pratiquement normal. Ils attribuent les effets apparemment heureux de l'atophan sur le foie de ces animaux à une réparation et à une guérison spontanées des altérations créées par l'intoxication préliminaire.

Ils estiment que les résultats rapportés par d'autres auteurs dans des conditions différentes d'expérimentation concordent en général avec les leurs et contrastent brutalement avec les lésions graves, souvent fatales, observées dans les cas d'intoxication attribués à l'atophan chez l'homme.

Les altérations légères rencontrées chez de rares lapins dans les expériences de L. et H., les constatations positives de certains auteurs chez le chien n'ont guère de valeur si l'on tient compte du caractère très léger des modifications et des doses énormes d'atophan administrées, doses qui n'ont vraiment pas d'effet spécifique. Ainsi, l'administration continue d'atophan à de jeunes rats entrave leur développement, mais il s'agit là de la manifestation d'une intoxication générale et un tel effet a été noté avec des substances telles que l'alcool, les borates, les fluorures, etc.

Bien qu'il ait été impossible de reproduire expérimentalement les accidents observés cliniquement chez l'homme, il ne faut pas sous-estimer la nocivité éventuelle des doses élevées et prolongées d'atophan à l'égard du foie et l'on doit mettre en garde contre l'emploi inconsidéré de cet excellent médicament, qui, administré de façon rationnelle et sous contrôle du médecin, est généralement dépourvu d'effets fâcheux et se montre fort précieux.

P.-L. Marie.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

William G. Lennox et **Stamley Cobb.** ***L'aura dans l'épilepsie*** (Revue statistique de 1359 cas) [*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXX, n° 2, Août 1933]. — L. et C. ont réuni les observations de 1359 épileptiques non hospitalisés présentant des crises. Il existait une aura chez 761 malades, c'est-à-dire dans 56,2 pour 100 des cas.

L'aura est légèrement plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Il n'existe pas de différence appréciable entre son incidence dans l'épilepsie essentielle et symptomatique.

L'aura est moins fréquente chez les sujets atteints de petit mal ou d'équivalents que chez ceux atteints de grandes crises. On la rencontre à peu près également chez les sujets dont l'état mental est normal, et chez ceux dont il est touché. Mais l'aura se rencontre plus souvent chez les anciens comitiaux dont les premiers accidents remontent à 5 ans ou plus, que chez les comitiaux plus récents. Les sujets dont l'état mental est touché ont plus souvent une aura viscérale, ceux dont l'état mental est normal ont plutôt une aura périphérique sous forme de douleur, de paresthésie ou d'engourdissement.

Les auras ayant une valeur localisatrice, telles que des troubles de la sensibilité périphérique, paresthésie, engourdissement, troubles du tact, de la vision, de l'audition, du goût, ou encore des mouvements anormaux, se présentent dans 70 pour 100 des cas de sujets ayant une histoire de lésion cérébrale antérieure, et dans 41 pour 100 de ceux qui n'en ont aucune.

H. Schaeffer.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

L. Eloesser (San-Francisco). ***Lobectomie bilatérale*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. LVII, n° 2, Août 1933). — Le cas de E. concerne une jeune fille de 16 ans quand il la vit pour la première fois en 1924. Elle toussait et crachait depuis au moins l'âge de 5 ans.

A l'examen, on notait une aire de matité triangulaire à la base gauche près de la ligne épineuse avec diminution des bruits respiratoires. L'expectoration était épaisse, verdâtre, fétide avec parfois un peu de sang; elle atteignait les chiffres de 180 cmc le jour et 120 cmc la nuit; elle ne contenait ni bacilles tuberculeux, ni champignons,

mais des streptocoques presque purs. La radio montrait une ombre triangulaire située derrière le cœur.

Pensant à un empyème localisé avec dilatation bronchique secondaire, le 16 Février E. intervient. Résection de 8 cm. des VIII°, IX° et X° côtes; plèvre épaissie, mais ne contenant pas de pus; incision de la plèvre: quelques fines adhérences entre la base du poumon et le diaphragme et la zone triangulaire est formée par un poumon infiltré d'où une ponction ramène un peu de pus. Fixation de la zone infiltrée à la paroi par un tamponnement à la gaze et fermeture de la plaie.

Il se forma un épanchement pleural qui réduisit l'expectoration à rien, si bien qu'on ne fit pas de pneumotomie. Mais au bout de 6 semaines l'épanchement devint purulent et s'évacua par l'incision. L'empyème guérit rapidement, mais le poumon se dilatant, toux et expectoration reparurent. En Août il y avait des râles aux deux bases, ce qui fit penser à une bronchiectasie bilatérale.

En Février 1925, excision de la cicatrice et de 2 côtes et cautérisation du poumon adhérent avec ouverture de plusieurs cavités. La plaie se cicatrisa rapidement, mais sans diminution de l'expectoration.

En Février 1928, la malade a notablement engraissé, mais se plaint de violents maux de tête. En Février 1930, une bronchoscopie montre que le pus vient en plus grande abondance de droite que de gauche. En Octobre, drainage des cellules ethmoïdales qui guérit ses céphalées.

Le 3 Mars 1930, résection de 8 cm. des VII, VIII et IXes côtes droites, tamponnement. Le 21 la plaie est réouverte et une pneumectomie partielle pratiquée au cautère de Percy, avec issue d'air par les bronches, mais non de pus. Guérison rapide, mais sans diminution de l'expectoration.

Le 26 Septembre 1931, lobectomie droite inférieure. Incision dans l'ancienne cicatrice et mise à nu du lobe inférieur; après un temps d'arrêt pour crise asphyxique de l'opérée, on isole rapidement de ses adhérences le lobe inférieur très rétracté, mais creusé de cavités bronchiectasiques. Avec difficulté 3 ou 4 clamps coudés à angle droit sont placés sur le hile et chacun d'eux lié avec une ligature de soie noire conservée longue et venant sortir par la plaie. Tamponnement de la cavité avec de la gaze imprégnée de mercurochrome.

Après l'opération, fièvre et accélération du pouls et de la respiration qui reviennent à la normale en 2 semaines; mais à aucun moment la malade n'a produit l'effet d'être en danger. Elle sort le 23° jour avec une expectoration réduite à 30 à 45 cmc par jour.

Cependant les mois suivants, elle continue à présenter de la fièvre par intermittences et l'expectoration monte à 100-120 cmc par jour, avec évacuation abondante par la fistule bronchique qui se ferme en Janvier 1932. Dans ces conditions, on se décide à intervenir du côté gauche.

Le 26 Janvier 1932, incision de l'ancienne cicatrice : on libère sans difficulté les adhérences entre la paroi thoracique et le poumon; mais les adhérences avec le diaphragme sont si intimes qu'en les séparant avec le cautère on enlève un morceau du diaphragme. La lésion reconnue est immédiatement réparée avec une suture au catgut chromé. Le hile ayant été atteint, on y place 2 gros clamps de Wertheim, puis des ligatures à la soie noire passée avec une aiguille. Les clamps étant alors replacés, on sectionne au cautère audessus d'eux et le lobe est enlevé. Tamponnement de la cavité avec un Mikulicz. Le lobe enlevé était hépatisé et contenait de larges cavités de dilatation bronchique remplies de pus épais.

Guérison comme la première fois avec lever le 22° jour et sortie le 26° jour.

Le 7 Juillet 1932, elle est revue. Un mois après l'opération, toux et expectoration avaient pratiquement disparu. Mais depuis, ayant pris froid, son nez s'est remis à couler: la toux et l'expectoration ont reparu, celle-ci atteignant 120 cmc par jour. Les bases pulmonaires bombent fortement à travers les brèches de la paroi thoracique, à gauche il persiste encore une fistulette insignifiante. On entend aux 2 bases une respiration bronchique, mais pas de râles.

L'application d'un pansement compressif maintenu par quelques tours de bandes plâtrées sur les brèches thoraciques améliore nettement la toux et l'expectoration qui se réduit à 60 cmc.

Le 15 Août, la capacité vitale du poumon atteint 1.588 cmc; la malade n'est pas dyspnéique dans les exercices normaux M. Guibé.

BULLETIN OF THE NEUROLOGICAL INSTITUTE OF NEW-YORK

Riley, Brickner et Kurzrok. ***Excrétion anormale de theelin et de prolan chez les sujets souffrant de migraine*** (*Bulletin of the Neurological Institute of New-York*, t. III, n°s 1 et 2, Juin 1933). — L'existence d'un rapport entre la migraine et un trouble du fonctionnement de l'hypophyse et des glandes génitales est depuis longtemps soupçonnée. Aussi R., B. et K. ont-ils fait d'intéressantes recherches sur le contenu hormonal des urines des sujets atteints de migraine. Chez les femmes (11), la recherche quantitative de l'hormone sexuelle et l'identification du prolan ont été pratiquées. Chez les hommes (2), la recherche seule du prolan a été faite.

Chez les femmes, l'hormone sexuelle était habituellement absente ou présente en quantité moindre.

Chez les femmes, 29 crises de migraine furent observées. Dans 20 cas la migraine fut précédée par l'apparition du prolan dans l'urine. Dans 7 cas il ne put y avoir d'observation, et dans 2 autres, la céphalée ne fut pas précédée par l'apparition de prolan. Chez les 2 hommes, dans un cas il existait un rapport entre la migraine et l'apparition de prolan, chez l'autre il était inconstant.

L'injection de follutéine déclancha d'autre part, chez 7 femmes sur 9, une crise de migraine.

Il semble donc que la présence de prolan dans l'urine soit la cause des crises de migraine, et que l'hypophyse et l'ovaire jouent un rôle connexe dans sa genèse.

Il est probable que les causes habituelles de migraine, quelles qu'elles soient, agissent par un mécanisme univoque, l'hyperfonction hypophysaire et l'hypofonction ovarienne.

La présence occasionnelle de prolan dans l'urine, aussi bien que la phase intercalaire séparant l'apparition du prolan de celle des troubles subjectifs, montre qu'un autre facteur jusqu'ici inconnu joue un rôle dans la genèse de la migraine.

H. Schaeffer.

Clement B. Masson. ***Les troubles de la vue et les modifications du champ visuel, consécutifs à la ventriculographie*** (*Bulletin of the Neurological Institute of New-York*, t. III, n°s 1 et 2, Juin 1933). — Les troubles de la vision et du champ visuel consécutifs à la ventriculographie sont exceptionnels, et à l'Institut neurologique de New-York, 500 ventriculographies ont pu être pratiquées sans incident. Mais dans 6 cas dont M. rapporte les observations, la ponction de la corne occipitale du ventricule et l'injection d'air fut suivie de cécité transitoire.

Cet accident peut relever de 3 causes :

1° La nature et la situation de la lésion et les changements dans le fond d'œil et la vision qui existaient avant la ventriculographie. Mais le facteur est peu vraisemblable étant donné que dans ces 6 cas le siège de la lésion était différent, et que dans 3 cas sur 6 seulement il existait de l'œdème papillaire.

2° Faut-il invoquer l'introduction de l'air. La chose est peu probable si l'on note que dans un cas la vision commença à baisser après injection de 2 cmc d'air, et que dans 500 encéphalographies il ne survint aucun trouble visuel. Peut-être peut-on admettre que le retrait de liquide ventriculaire entraîne des troubles circulatoires par suite des modifications de pression, avant que l'air ne soit injecté.

3° Le traumatisme dû à la ponction du cerveau doit-il être invoqué? Bien que le trajet de l'aiguille soit situé très au-dessus du trajet des voies optiques, on peut se demander si une hémorragie le long du trajet de l'aiguille, avec œdème cérébral avoisinant, ne peut pas entraîner un trouble de la vision. Cette hypothèse est encore improbable, car les patients ne présentaient aucun signe d'hémorragie; et d'autre part cette complication ne s'observe pas au cours de la ponction ventriculaire faite pendant l'intervention chirurgicale. L'hypothèse d'une hémorragie corticale double comprimant les deux lobes occipitaux, n'est guère plus vraisemblable.

Il n'existe donc pas d'explication satisfaisante de ces faits, malgré le rapport de causalité qui semble bien exister entre la ponction ventriculaire et la cécité temporaire. H. Schaeffer.

Harold W. Riggs. ***Les dangers de la ventriculographie et sa mortalité*** (*Bulletin of the Neurological Institute of New-York*, t. III, n°s 1 et 2, Juin 1933). — La valeur diagnostique, les indications et la technique de la ventriculographie sont actuellement choses bien connues. Peut-être a-t-on moins insisté sur ses inconvénients. R. sur 148 cas de tumeur cérébrale suspectée ou non localisée, dans lesquels la ventriculographie fut pratiquée, rapporte le résultat de ses observations.

Il observa 12 décès, soit 8,1 pour 100.

La plupart des décès surviennent chez des sujets ayant des signes de tumeur intracranienne à un stade avancé de leur évolution.

Les symptômes inquiétants se manifestèrent surtout quand la tumeur était sous-corticale et située de façon à comprimer le troisième ventricule et le mésocéphale. Des manifestations graves suivies de guérison survinrent chez 31 sujets, soit 21 pour 100 des cas; et dans 23 d'entre eux la tumeur était située profondément sous le cortex. Ces accidents furent rarement améliorés par la caféine et les injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique. Les accidents consécutifs à la ventriculographie sont principalement dus à des troubles profonds d'un équilibre de la tension dans la cavité cranienne; et leur fréquence n'est pas en rapport avec le degré de la dilatation ventriculaire, ou celui de l'hypertension intracranienne.

La ponction ventriculaire et l'évacuation de l'air améliorent souvent les accidents.

La ventriculographie est un moyen de diagnostic et de localisation de grande valeur, et parfois indispensable. Les accidents qui lui sont parfois consécutifs permettent de penser qu'elle ne doit toutefois être utilisée que dans les cas où les moyens cliniques seuls ne permettent pas de localiser la tumeur. Et des précautions spéciales doivent être prises quand on soupçonne que la tumeur siège audessus de la tente du cervelet, et peut comprimer le troisième ventricule ou le mésocéphale.

H. Schaeffer.

THE LANCET
(Londres)

W. Smith, C. H. Andrewes et P. P. Laidlauw. ***Un virus provenant de malades atteints d'influenza*** (*The Lancet* n° 5732, 8 Juillet 1933). — Au cours de l'épidémie d'influenza de 1933, S.,

A. et L. ont obtenu une maladie chez le furet en lui instillant dans les fosses nasales du filtrat de lavages de gorges provenant de malades au début de leur affection.

Cette maladie, chez les furets, est transmissible en série, soit par contact, soit par instillation intra-nasale de matériel contenant le virus. La contamination peut se faire en plaçant un furet dans une cage ayant contenu un furet malade.

Le filtrat de lavage de gorge provenant de personnes saines ou de convalescents d'influenza ne détermine pas de maladie chez les furets. Il en est de même de l'instillation de la sécrétion du simple rhume de cerveau.

Le sérum de malades convalescents d'influenza est capable de neutraliser le virus de la maladie du furet.

Le virus de l'influenza des porcs détermine également une maladie chez le furet qu'il est impossible de différencier de la maladie causée par le virus de l'influenza humaine. Le virus de l'influenza du porc et le virus de l'influenza de l'homme ont des rapports antigéniques certains. Cependant, si les furets convalescents de la maladie du porc sont immunisés contre le virus humain, ceux qui sont convalescents de l'influenza humaine ne sont pas complètement indifférents à l'influenza du porc. Cette maladie du porc semble être produite par deux agents: le virus et le bacillus hemophilis qui séparés ne donnent qu'une infection extrêmement légère. L'influenza de l'homme pourrait être causée également par deux agents: le virus qui communique la maladie au furet et un microbe banal ou un microbe qui reste à découvrir.

André Plichet.

D. Hubble. ***L'influence du système endocrinien dans les troubles sanguins*** (*The Lancet*, n° 5733, 15 Juillet 1933). — H. étudie au point de vue clinique et expérimental l'action du corps thyroïde, de la substance corticale de la surrénale et du lobe antérieur de l'hypophyse sur l'hématopoïèse.

L'hormone thyroïdienne stimule la production des globules rouges et des lymphocytes et tempère celle des granulocytes.

L'hormone surréno-corticale stimule la production des polynucléaires, peut-être aussi celle des globules rouges, pendant que les cellules basophiles du lobe antérieur de l'hypophyse stimulent tous les types des cellules circulant dans le sang, pouvant créer même de la polycythémie, mais il est possible que cette action se fasse par l'intermédiaire du corps thyroïde ou de la surrénale.

H. pense que dans l'étiologie de l'hyperplasie ou de l'hypoplasie des éléments du sang, il y a un facteur endocrinien. D'après Friedgood, il y aurait une sorte de parallélisme entre le goitre exophtalmique et la leucémie lymphoïde. H. pense que la leucémie lymphoïde serait due à un excès d'hormone corticale surrénale et que la polycythémie est un signe cardinal de l'hyperplasie du lobe antérieur de l'hypophyse. L'angine agranulocytique et l'anémie plastique seraient dues à l'hyperplasie de la moelle osseuse et plus lointainement à une étiologie endocrinienne. Il reste à prouver ces hypothèses.

André Plichet.

A. Sladden. ***La silice contenue dans les poumons*** (*The Lancet*, n° 5733, 15 Juillet 1933). — La silice, soit à l'état libre, soit à l'état de combinaison, est une des poussières les plus fréquemment inhalées. Elle joue un rôle certain dans la sclérose pulmonaire.

D'après les dosages que S. a fait faire chez 60 mineurs, il existerait une relation entre la quantité de silice contenue dans les poumons et le degré de sclérose.

L'anthracose seule n'est pas facteur de sclérose ; mais dans les mines de charbon, il faut piqueter la roche siliceuse pour dégager le charbon et l'on a calculé que le mineur inhale environ 5 gr. de silice en dix ans de travail quotidien dans la mine. C'est du reste cette quantité que l'on retrouve approximativement dans les poumons à l'autopsie, car une très petite quantité seulement de silice passe par les lymphatiques. Lorsque la silice dépasse 1 gr. 50 dans les poumons, il existe une sclérose très marquée et à partir de cette dose l'accumulation de cette substance se fait rapidement, exposant le malade, en plus des troubles inhérents à la sclérose pulmonaire, aux complications pulmonaires et cardiaques.

André Plichet.

Clifford Hoyle. ***Un cas d'hypertension chez un adolescent avec excrétion dans les urines d'une substance analogue à l'adrénaline*** (*The Lancet*, n° 5735, 29 Juillet 1933). — H. rapporte le cas d'un garçon de 14 ans qui présenta une pression de 20/12,5. L'examen montra une augmentation du ventricule gauche, la présence d'albumine sans cylindres, ni hématies, ni pus. L'urée sanguine était de 0,28 avec une épreuve à la phénolphtaléine normale. Le nombre des hématies était normal, la formule sanguine également. La pression du liquide céphalo-rachidien était de 65 mm. Rien au point de vue suprarénal et hypophysaire.

Des recherches de laboratoire sur le chat et les grenouilles montrèrent que l'urine de cet adolescent contenait de fortes quantités d'une substance hypertensive. L'urine produisait après injection intraveineuse chez l'animal une élévation considérable de la pression sanguine qui semblait due à l'action de cette substance hypertensive sur les terminaisons des nerfs vaso-constricteurs. De nombreuses expériences de contrôle avec les urines d'autres patients à pression élevée n'eurent aucun effet et, d'autre part, on sait que l'urine normale est hypotensive. Un cas semblable, concernant une acromégalie avec cardiomégalie, a été rapporté par Humphry et Dixon.

Plusieurs explications ont été données de ces faits: la présence dans l'urine d'acides aminés ou d'une substance spéciale provenant des reins.

André Plichet.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

G. Dell'Acqua. ***Le comportement de la pression artérielle chez les hypo- et les hypertendus sous l'influence de la strychnine à doses progressives*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XII, n° 4, Février 1933). — Même à fortes doses, la strychnine modifie peu la pression des hypotendus et n'agit peut-être qu'en augmentant le tonus général de toutes les cellules et des centres nerveux; la limite de tolérance est la même que celle des sujets à pression normale (étudiée dans un précédent mémoire déjà analysé); la moyenne des doses administrées en une injection a dépassé dix-sept milligrammes, avec un minimum de onze et un maximum de vingt-cinq; même avec ces doses, si l'on ne tient compte que des modifications durables et non de celles immédiatement consécutives aux injections, D. n'a pas réussi à ramener la pression moyenne à la normale.

Chez les hypertendus, l'élévation durable des diverses pressions paraît à peu près aussi fréquente que leur abaissement; au cours de la réaction immédiate, le pourcentage des élévations devient plus grand. La moyenne des doses tolérées (quinze milligrammes et demi) est un peu inférieure à celle des sujets ayant une tension normale; les doses injectées ont varié de onze à vingt-cinq milligrammes. Les hypertendus essentiels ou artério-scléreux paraissent plus tolérants que les hypertendus avec lésions rénales.

Des expériences faites sur le lapin ont montré que le luminal sodique et la strychnine étaient des antidotes.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA (Naples)

R. Piazza. ***Le contenu en iode du corps thyroïde chez les tuberculeux*** (*La Riforma Medica*, tome XLIX, n° 9, 4 Mars 1933). — Le corps thyroïde des malades morts de tuberculose est plus lourd que celui des malades morts d'autres affections et plus riche en iode, en valeur relative et absolue; d'un tuberculeux à l'autre, la teneur présente des variations de même ordre que chez les non-tuberculeux; on a soutenu autrefois que le corps thyroïde des tuberculeux pouvait contenir des quantités d'iode supérieures à la normale comme des traces indosables; mais les techniques anciennes exposaient a des pertes d'iode; le procédé de Kendall, utilisé par P., semble, d'après ses dosages comparatifs, beaucoup plus fidèle.

Lucien Rouquès.

T. de Sanctis Monaldi. ***Observations et recherches sur un cas d'angine avec monocytose et sur un cas d'angine avec hypogranulocytose sanguine*** (*La Riforma Medica*, t. XLIX, n° 9, 4 Mars 1933). — S. rapporte une observation de chacune de ces deux affections qui, contrairement à ce qu'on a soutenu, restent bien distinctes. Dans le cas d'angine avec hypogranulocytose, la réaction leucocytaire a été un peu spéciale: la leucopénie (1.000 par centimètre cube, avec 2,9 pour 100 de polynucléaires) n'est apparue qu'au 13e jour, après une phase de leucocytose (jusqu'à 20.000 par millimètre cube) avec lymphocytose et monocytose relatives et absolues (jusqu'à 10.300 et 4.800 par millimètre cube). Il est souvent difficile de distinguer avec certitude les monocytes des lymphocytes et les colorations supra-vitales du sang ne donnent pas de renseignements plus précis que les techniques ordinaires. Toutes les recherches bactériologiques et les inoculations faites par S. (inoculations de sang ou de suc ganglionnaire à des cobayes) n'ont abouti à aucun résultat et il n'a pas pu reproduire chez le lapin par des injections intraveineuses répétées de para B les modifications sanguines comparables à celles de l'agranulocytose de l'homme que Fried et Dameshek prétendent avoir obtenues. Chez le malade atteint d'agranulocytose, une injection de nucléinate de soude a provoqué en quelques heures un afflux de polynucléaires dans le sang; l'injection a déterminé un choc assez violent, mais la correction des altérations sanguines a été accélérée. Il serait utile d'essayer la valeur thérapeutique du nucléinate de soude, du Dmelcos ou du pentosio-nucléotide qui a donné à Jackson et Parker de bons résultats.

Lucien Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

G. Melli. ***Hépato-splénomégalie avec ictère*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XL, n° 2, 1er Février 1933). — Dans cet important mémoire, M. rapporte 5 observations, toutes contrôlées par une intervention chirurgicale ou par l'autopsie, où à la suite d'une occlusion subtotale des voies biliaires, s'était installé un syndrome de très longue durée (jusqu'à 9 ans), caractérisé par un ictère ayant tous les signes de l'ictère mécanique, une hypertrophie considérable du foie avec cirrhose

plus ou moins marquée, une splénomégalie importante, une tuméfaction de presque toutes les glandes lymphatiques, surtout celles de l'abdomen, et des périodes d'accès fébriles alternant avec des périodes de tolérance relativement bonne.

La conception de l'hyperhépatisme paraît fort critiquable et la plupart des arguments sur lesquels elle s'appuie sont sans valeur. Sous le nom de maladie de Hanot, qu'il ne conserve que pour éviter des confusions, M. pense qu'on doit décrire une infection lente et chronique touchant à la fois les voies biliaires et les cellules hépatiques, qu'elle soit ascendante ou descendante, ces deux modalités pathogéniques pouvant s'observer. Il est probable que ce syndrome ne relève pas d'une seule cause, mais il est possible que diverses étiologies puissent lui donner une physionomie spéciale. Dans les cas rapportés dans ce travail, et que l'on peut considérer comme maladie de Hanot, le premier phénomène morbide a été l'occlusion des voies biliaires qui a rendu facile le développement d'une infection chronique du foie, très vraisemblablement ascendante. L'hypertrophie de la rate s'explique par la stase et surtout par une réaction à l'infection; ce dernier mécanisme explique aussi la tuméfaction des ganglions. La cause de l'occlusion des voies biliaires a été dans 4 cas la lithiase et M. signale à ce propos la fréquence relative de coliques biliaires anesthésiques, ne se traduisant que par de violents accès fébriles avec atteinte de l'état général et sans aucune douleur, qui peuvent correspondre à l'élimination de calculs même volumineux. Dans le dernier cas, l'occlusion des voies biliaires a été produite par une péritonite spécifique récidivante. La syphilis et la lithiase ne sont sans doute par les seules causes possibles du syndrome.

Aucune thérapeutique n'est efficace. L'intervention chirurgicale est extrêmement dangereuse en raison de la faible résistance des malades et de leur tendance aux hémorragies; ses résultats sont d'ailleurs toujours problématiques, car l'occlusion prolongée des voies biliaires avec angio et péri-angiocholite peut parfois aboutir à l'oblitération des canalicules biliaires, ainsi que M. l'a observé dans un de ses cas.

Lucien Rouquès.

P. Frugoni. ***Parathyroïdes et échanges minéraux*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XL, n° 3, 1er Mars 1933). — D'après Macleod et Taylor, les cobayes sont insensibles aux injections d'extrait parathyroïdien; d'après Jaffé, Bodanski et Blair, on pourrait au contraire réaliser chez eux une maladie absolument comparable à la maladie de Recklinghausen de l'homme. Ayant injecté à des cobayes des doses quotidiennes de 25 unités de parathormone Collip pendant 20 ou 30 jours, F. n'a observé dans aucun cas de modifications cliniques, radiologiques ou histologiques rappelant celles de la maladie de Recklinghausen; toutefois, les cobayes ne sont pas absolument insensibles aux injections; la quantité des cendres des os diminue ainsi que leur teneur en calcium; la teneur en phosphore présente des variations difficiles à interpréter; il ne s'agit pas d'une déminéralisation massive des os, mais d'une décalcification élective; la calcémie tend à augmenter et la phosphorémie à diminuer, mais leurs variations sont moins constantes et plus faibles que celles des éléments osseux. Toutes ces modifications sont proportionnelles aux doses utilisées.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE (Turin)

P. Ravenna. ***Sur l'action immédiate et à distance de l'oxyde de thorium colloïdal injecté dans les veines et sur la possibilité de son emploi dans un but de diagnostic clinique*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. LVII, n° 2, Février 1933). — Après injection intraveineuse, l'oxyde de thorium colloïdal se distribue dans l'organisme comme les colorants vitaux: on le trouve en quantité importante dans le foie, la rate et la moelle osseuse; il existe aussi à l'état de grains très fins et difficiles à voir dans les ganglions lymphatiques, la surrénale, le rein, le poumon, l'estomac, l'intestin, le testicule, l'ovaire, le placenta, c'est-à-dire partout où existe le système réticulo-endothélial. Du foie, il passe au bout de quelques mois dans le canal thoracique, puis dans les poumons et se dépose dans la rate. Le thorostrat se retrouve aussi dans les cellules cylindriques de l'intestin, celle des glomérules et dans les cellules hépatiques: il est probable que ce sont là des voies d'élimination.

Le thorostrat ne bloque pas le système réticulo-endothélial qui peut encore fixer en quantité normale l'encre de Chine, le rouge Congo brillant ou le carmin lithiné. On n'a jamais observé chez l'homme ou l'animal d'action nocive immédiate due à la toxicité du produit. Même plusieurs mois après l'injection, le développement des animaux en expérience est normal et les seules lésions sont une hyperplasie légère et inconstante du tissu conjonctif hépatique et une réduction du tissu lymphatique de la rate. On ne peut théoriquement encore exclure la possibilité d'une action nocive éloignée due à la radio-activité assez faible du thorium et à celle plus forte de ses produits de décomposition car, après injection de substances radio-actives même en forte quantité, les lésions n'apparaissent qu'après un ou deux ans. Dans ces conditions, R. pense qu'il est prudent de réserver les injections de thorostrat aux cas où le diagnostic est impossible sans hépato-splénographie; cette méthode donne des renseignements précieux sur la situation et la forme de la rate et permet de reconnaître les formations anormales qui se développent dans le foie ou dans la rate.

Lucien Rouquès.

G. Barbaro-Forleo. ***Recherches sur le mécanisme de résorption des épanchements : l'activité protéolytique*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. LVII, n° 5, Mai 1933). — Lorsqu'un épanchement est stationnaire ou s'accroît, sa teneur en amino-acides reste la même ou diminue; lorsque l'épanchement se résorbe, l'azote aminé et l'azote total augmentent, le premier plus que le second, si bien que le rapport de l'azote aminé à l'azote total, qui exprime l'activité protéolytique, s'élève; l'azote résiduel et le rapport de l'azote résiduel à l'azote total ont un comportement semblable mais avec des variations plus amples. L'indice d'acidification ou protéolytique déterminé par la méthode de Volhard à la caséine ou celle de Racz à la gélatine augmente parallèlement à l'azote résiduel et surtout à l'azote aminé, lorsque l'épanchement se résorbe et inversement. Il n'y a pas de différence appréciable entre l'évolution des transsudats et celle des exsudats.

L'activité protéolytique joue donc un rôle très important dans la résorption des épanchements, mais elle n'est pas le seul facteur en jeu: la perméabilité de la séreuse, le déséquilibre des autres éléments, électrolytes et non électrolytes, doivent entrer en ligne de compte et probablement aussi des activités tissulaires encore inconnues. Dans quelques cas, en effet, on observe une disparition rapide de l'épanchement, alors que l'activité protéolytique reste faible.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA (Turin)

L. Gedda. ***La valeur clinique de l'iso-agglutination*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 12, 24 Mars 1933). — G. a recherché chez 250 malades le taux limite de l'iso-agglutination par des dilutions de leur sérum de globules rouges provenant de sujets normaux d'autres groupes. Dans une première catégorie qui comprend des processus essentiellement chroniques, sans fièvre ou avec fièvre peu élevée et ne dépendant pas d'un processus infectieux en activité (néoplasmes, leucémies chroniques, lymphogranulomatose, troubles circulatoires), le taux limite est bas. Dans une deuxième catégorie, qui comprend des processus infectieux chroniques évoluant avec des phases de rémission et d'activité (tuberculose pulmonaire, fièvre de Malte, rhumatisme articulaire aigu, paludisme), le taux limite s'élève pendant les périodes d'aggravation et s'abaisse pendant celles d'amélioration, suivant à peu de choses près la courbe fébrile. Dans une dernière catégorie qui comprend les maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, pneumonie, méningite cérébro-spinale, infections à pyogènes, arthrite gonococcique), le taux limite est élevé; l'élévation n'est pas immédiate et se produit progressivement après la période d'invasion; elle persiste après la résolution clinique du processus; lorsqu'il existe des agglutinines pour le germe causal, leur taux et le taux limite de l'iso-agglutination sont en général élevés en même temps.

La détermination du taux limite peut avoir un intérêt pour le diagnostic: par exemple, pour différencier les leucémies des réactions leucémoïdes d'origine infectieuse. Au point de vue du pronostic, un taux élevé n'implique pas nécessairement une évolution favorable; il indique que l'organisme a mobilisé énergiquement ses moyens de défense humorale, mais ne préjuge pas de la gravité du processus ou de sa terminaison; un taux peu élevé dans une affection de la dernière catégorie a plus de signification, car il correspond à une diminution de la résistance de l'organisme et est un indice défavorable; il importe d'ailleurs de suivre les variations du taux limite et de les confronter aux autres données de l'examen.

L'injection intraveineuse de thorostrat produit après une période de latence une élévation considérable du taux limite; comme le thorostrat ne se dépose que dans les éléments du système réticulo-endothélial, G. voit dans cette élévation une nouvelle preuve de la formation des iso-agglutinines par ce système. La vitesse de sédimentation et le taux limite varient sans aucun parallélisme. L'irradiation de sujets normaux avec les rayons ultra-violets élève le taux limite. L'iso-agglutination doit être considérée comme l'expression de la défense générale de l'organisme chaque fois qu'une cause variée physiologique, pathologique, physico-chimique, l'incite à une reprise bio-immunitaire.

Lucien Rouquès.

NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKAPEN (Oslo)

J. Hald. ***Fistule œsophago-bronchique avec infiltration cancéreuse du cœur*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskapen*, n° 11, Novembre 1933). — H. rapporte l'observation d'une femme de 56 ans, opérée en 1928 de cancer du col utérin. Au mois de Février 1933 apparaissait un abcès du poumon gauche, s'accompagnant de dysphagie et d'accès de toux. La radiographie montrait un rétrécissement de l'œsophage et une communication entre l'œsophage, l'abcès et la bronche gauche.

La malade mourait un mois après.

A l'autopsie, on trouva dans le poumon gauche un abcès du volume d'une orange; avec, dans ses parois, des éléments néoplasiques identiques à ceux de l'ancienne tumeur utérine. Sur l'œsophage, existait un rétrécissement de 3 cm., et plus haut, une grande ulcération communiquant avec la bronche gauche.

La paroi de l'abcès atteignait le péricarde et l'oreillette gauche. La paroi de l'oreillette avait été envahie par le néoplasme.

H. insiste sur le fait que la malade a pu vivre assez longtemps avec une très large fistule œsophago-bronchique.

ERLING HAMMERSTAD.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

M. Gantz. ***A propos du diagnostic des adhérences pleurales (syndrome pleural)*** [*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, nos 33 et 34, 20 Août 1933]. — Le diagnostic des adhérences pleurales est souvent peu aisé. La pratique du pneumothorax artificiel le prouve journellement de sorte que le moindre signe révélateur d'adhérences devient précieux pour le clinicien. G. trouve souvent chez des sujets jeunes et particulièrement chez les enfants l'existence des signes qu'il appelle le syndrome pleural.

Ce syndrome se traduit par une légère obscurité respiratoire uniformément étendue sur toute la hauteur des poumons, sans entraîner aucune modification de la tonalité à la percussion ou à peine un léger tympanisme. On peut observer un très léger déplacement du cœur, mais ce signe n'est pas constant.

La constatation de l'existence du syndrome pleural ne permet pas la localisation précise des adhérences, bien que la clinique enseigne qu'il s'agit le plus souvent des séquelles d'une réaction interlobaire, médiastinale ou diaphragmatique.

Cette obscurité respiratoire paraît indiquer que le poumon est retenu dans son expansion respiratoire par des lésions adhérentielles. C'est en tout cas une indication précieuse d'un passé pulmonaire qui se manifeste d'une façon particulière chez l'enfant.

Plus tard le syndrome pleural peut disparaître totalement lorsque les adhérences se sont rompues ou distendues.

FRIBOURG-BLANC.

POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNETREZNEJ
(Varsovie)

M. Semerau-Siemianowski, H. Rasolt et K. Rachon. ***Contribution à l'étude des confins du flutter et de la tachycardie auriculaire. Flutter lent avec oscillation ondulante de la conductibilité et lésion de la branche droite du faisceau de His*** (*Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, t. IX, n° 4, 1933). — S.-S., R. et R. estiment que le démembrement du chapitre des tachycardies en une suite d'états pathologiques caractérisés par des signes d'origine ventriculaire est artificiel. Ils se déclarent partisans de la classification adoptée par Vaquez qui distingue 2 groupes:

1° Tachycardie paroxystique (maladie de Bouveret).

2° tachycardie partielle ou tachycardie auriculaire (flutter auriculaire).

Une observation personnelle de flutter auriculaire leur sert à souligner les difficultés du diagnostic et quelques points particuliers du cas rapporté:

1° La fréquence relativement lente du rythme auriculaire (200 à la minute, rare dans le flutter).

2° La forme inaccoutumée des ondes P. pendant le flutter: ondes divisées au sommet de P. par une incision et interrompues par la ligne iso-électrique, sans forme de feston continu. Ondes enregistrées après le retour au rythme sinusal seulement à l'occasion d'une extrasystole auriculaire sporadique.

3° L'association des oscillations ondulantes de la conductibilité aux périodes caractéristiques de bloc de 2 : 1 et de 4 : 1.

4° La coexistence d'autres troubles de conductibilité auriculo-ventriculaire, notamment d'un blocage transitoire de la branche droite du faisceau de His se révélant par la tachysystolie auriculaire et rétrocédant à la suite d'un traitement digitalique après récupération du rythme lent nomotope.

FRIBOURG-BLANC.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

I. Pines. ***De l'influence des extraits alcooliques des tumeurs cancéreuses sur le taux du sucre dans le sang chez des chiens normaux*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. X, nos 35 et 36, 7 Septembre 1933). — P., à l'occasion de l'observation d'un malade atteint de diabète ancien, chez lequel les troubles importants allaient jusqu'au coma diabétique, remarqua que la brusque disparition de ces troubles coïncida avec l'installation d'un cancer de l'œsophage. P. recherche dans les extraits alcooliques des tumeurs cancéreuses la substance agissant sur le métabolisme des hydrates de carbone chez le chien.

Ses expériences prouvent que les extraits alcooliques de tumeurs malignes du type cancéreux contiennent une substance qui, introduite dans un organisme normal, détermine des troubles du métabolisme des hydrates de carbone ayant pour effet l'abaissement du taux du sucre dans le sang. Cette première constatation demande des recherches plus approfondies et des expériences de contrôle que P. se propose de poursuivre.

FRIBOURG-BLANC.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

A. Radovici. ***Encéphalite psychosique, guérie par l'abcès de fixation*** (*Romania medicala*, t. XI, nos 13-14, 15 Septembre 1933). — R. publie un cas d'encéphalite qui, pendant 3 mois, avait présenté des troubles mentaux qui sont allés jusqu'à la complète annihilation de toute fonction cérébrale, avec guérison absolue par *restitutio ad integrum*.

Il s'agit d'un homme de 46 ans qui se trouvait en proie à de grosses difficultés financières. Rapidement, il devient anxieux, déprimé, insomnique. La perte d'appétit le fit maigrir rapidement. Au début, le diagnostic de mélancolie anxieuse s'imposait. On isola le malade, on lui administra des hypnotiques. Mais après une amélioration passagère, de nouveaux troubles paraissent : dysarthrie, trémulations, *myoclonies, délire onirique*. Le malade perd la notion du temps et de l'espace. Bref, il se trouvait en état de *confusion mentale*. R. rechercha la syphilis: toutes les réactions furent négatives; sauf dans le liquide céphalo-rachidien, le Pandy et le Nonne-Apelt furent positifs. Il existait donc une *réaction méningée concordant avec un état de confusion et d'excitation psycho-motrice*.

On élimine le diagnostic de paralysie générale, car le Bordet-Wassermann, faiblement positif, peut exister, de même qu'une légère polynucléose, dans un état grave de confusion mentale avec une tendance à la stupeur, expression d'une intoxication grave des centres nerveux et des enveloppes méningées. L'état du malade s'aggrave ensuite, il est somnolent, ne répond plus; il y a trismus, un strabisme convergent, raideur de la nuque, troubles de la mastication et de la déglutition. Il perd ses urines et ses matières. Le diagnostic d'encéphalite épidémique pouvait se discuter. Le pronostic paraissait fatal à brève échéance.

C'est à ce moment que R. pratique un abcès de fixation; en même temps, on fait du sérum glucosé, des tonicardiaques. L'abcès de fixation se collecte et le malade s'améliore rapidement. Tous les troubles disparaissent successivement. L'amélioration mentale suit de près l'amélioration somatique. La guérison fut absolue et le malade récupéra complètement ses facultés cérébrales. L'abcès de fixation pratiqué au moment où la déchéance organique paraissait maxima mobilisa les dernières ressources de défense de l'organisme et, en modifiant l'équilibre humoral, arrêta le processus de désagrégation des centres nerveux; le choc, produit par l'abcès de fixation, rappelle le mécanisme de la malariathérapie, dont on connaît le succès.

HENRI KRAUTER.

S. Draganesco et Façon. ***Manifestations nerveuses, consécutives à la grippe*** (*Romania medicala*, t. XI, n° 21, 1er Novembre 1933). — De nombreux auteurs ont signalé des accidents nerveux, consécutifs à la grippe. Greenfield aurait observé deux cas d'encéphalo-myélite grippale; Austregesilo signale en 1932 l'atteinte du système autonome, du vague surtout, pendant la grippe.

D. et F. citent l'observation d'un cas de polyradiculonévrite aiguë curable de Guillain et Barré, d'étiologie grippale. A l'examen du malade on constate une atrophie musculaire des interosseux des deux mains et des éminences thénar et hypothénar; réflexes achilléens abolis; douleurs des muscles de la jambe.

L'examen électrique montre: R. D. partielle du sciatique poplité externe. Le liquide céphalo-rachidien: Nonne-Apelt et Pandy + +; Bordet-Wassermann négatif, 6-7 lymphocytes. Ils citent un second cas de polyradiculonévrite à type myopathique; un troisième, d'hémiplégie gauche spastique sans troubles de la sensibilité; le liquide céphalo-rachidien négatif. Dans ce cas, la spécificité étant exclue, D. et F. croient que le processus infectieux a causé l'hémiplégie par une embolie ou par une lésion vasculaire.

Ils citent ensuite le cas d'une septinévrite avec un tableau prédominant de polyradiculonévrite et avec atteinte concomitante de la moelle.

Enfin, ils exposent 2 cas de myélite lombo-sacrée chez deux anciens spécifiques, survenant en pleine épidémie de grippe; ils ne croient pas que le procès myélitique ait été provoqué par l'infection tréponémique; mais la syphilis avait sensibilisé le terrain, le rendant propice au virus grippal.

D. et F. ne croient pas comme Greenfield que ces manifestations soient dues au virus neurotrope qui produit les encéphalo-myélites post-vaccinales et post-éruptives; ils croient qu'il est possible que le virus grippal intervienne comme facteur étiologique primaire.

HENRI KRAUTER.

REVUE DES JOURNAUX

LE SANG
(Paris)

R. Grégoire, Lyonnet et Delavenne. ***De l'influence de la parathyroïdectomie sur la calcémie (Recherches expérimentales)*** [*Le Sang*, t. VII, n° 8, 1933]. — L'ablation des parathyroïdes effectuée sur le chien est suivie d'une chute du calcium du sang; mais en étudiant assez longuement les animaux, on constate que celui-ci revient ensuite à la normale. Cette chute est donc transitoire; en outre G., L. et D. ont remarqué que des interventions ne portant pas sur les parathyroïdes donnaient des résultats analogues, ainsi la résection partielle des pôles inférieurs du corps thyroïde, qui n'intéresse aucunement chez le chien les glandes parathyroïdiennes, ainsi la résection des artères thyroïdiennes et du sympathique périartériel, la résection du sympathique périartériel à distance, à la fémorale par exemple; la simple anesthésie intraveineuse, elle-même, a, dans un cas, provoqué une chute calcémique. De nombreux facteurs semblent devoir entrer en ligne dans ce phénomène d'abaissement du calcium sanguin. En outre, cet abaissement est transitoire, et ces résultats expérimentaux peuvent se comparer avec ceux de la clinique, tels ceux rapportés par G., L. et D., chez deux sclérodermiques, qui ne furent que temporairement améliorés par la parathyroïdectomie.

A. Escalier.

G. Fontès et L. Thivolle. ***Recherches expérimentales sur la thérapeutique de l'anémie grave par carence martiale et notamment par hémorragie.*** **V.** ***Préparation extemporanée des caséinates de fer et de cuivre*** (*Le Sang*, t. VII, n° 8, 1933). — F. et T. ont montré précédemment que la thérapeutique la plus efficace de l'anémie grave paraît être l'ingestion de caséinates de fer et de cuivre, associée à l'injection sous-cutanée d'une solution de tryptophane et d'histidine. Ils donnent ici un moyen pratique de prescription de ces caséinates. On se sert de la solution suivante : sulfate de cuivre cristallisé 0 gr. 25, solution officinale de perchlorure de fer 10 gr., pour eau distillée, q. s. p. 60 cmc. 20 gouttes de cette solution, soit 1 cmc, représentent exactement 1 milligr. de cuivre et 15 milligr. de fer. On donne 30 gouttes trois fois par jour, au milieu des repas, en versant lentement, dans un demi-verre de lait. Les caséinates se forment aussitôt. Ainsi absorbée, cette préparation n'a aucun goût; elle est facilement supportée.

Mais cette thérapeutique doit être longtemps prolongée.

A. Escalier.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

F. Staudtner. ***Lymphogranulomatose vertébrale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 41, 13 Octobre 1933). — Les observations récentes ont montré la participation possible du système osseux à la lymphogranulomatose. Sa fréquence dans les statistiques anatomiques varie de 30 à 76 pour 100.

Le cas observé par S. est caractérisé par des manifestations osseuses cliniques et radiologiques très précoces.

Le sujet, âgé de 25 ans, était soigné durant 6 mois pour une arthrite suppurée de la hanche sans cause étiologique connue. Celle-ci régresse et en même temps apparaît une tuméfaction ganglionnaire cervicale dont la biopsie décèle la nature lymphogranulomateuse. 7 mois après, alors que la guérison radiothérapique des ganglions avait été obtenue, apparaissent des douleurs dans la colonne dorsale, entraînant des troubles de l'état général et une scoliose accentuée. La radiographie montre une altération squelettique avec notable décalcification.

Après une régression transitoire, due au traitement, l'évolution se poursuit, des symptômes nerveux témoignent de l'envahissement nouveau des vertèbres. L'examen anatomo-pathologique, fait ultérieurement, montre des processus destructifs et proliférants coïncidant. Les troubles sensitifs paraissent provoqués par l'envahissement granulomateux médullaire plus que par les lésions osseuses.

L'existence dès le début de l'affection d'une véritable ostéomyélite lympho-granulomateuse atteignant très précocement la colonne vertébrale est donc un fait à retenir au point de vue pratique, en ce qui concerne le diagnostic clinique de cette affection protéiforme.

G. Dreyfus-Sée.

Schretzenmayr. ***Le mécanisme de l'intoxication saturnine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 42, 20 Octobre 1933). — Les recherches modernes tendent à prouver que seul le plomb circulant dans le sang détermine des accidents alors que le dépôt hépatique ou osseux immobile est inactif. En outre, il semble y avoir un rapport entre les processus d'élimination et le métabolisme calcique : l'administration diététique ou médicamenteuse de sels calciques favorisant le dépôt du plomb, la suppression du calcium entraînant la dilution sanguine du poison. Cliniquement, l'efficacité de l'injection calcique intraveineuse au cours de la colique saturnine peut être considérée comme un argument, quoique la spécificité du calcium, qui atténue souvent des coliques d'autres origines, puisse être discutée.

Au cours d'une intoxication saturnine aiguë grave avec néphrite empêchant l'élimination du plomb, S. pratiqua des injections intra-veineuses répétées de gluconate de calcium (Sandoz) : injections quotidiennes de 10 cmc de solution à 10 pour 100. Le résultat fut très satisfaisant : diminution des coliques, ascension du taux d'hémoglobine ; peu à peu, grâce au traitement calcique prolongé, les signes aigus disparurent, laissant des symptômes d'intoxication saturnine chronique avec ses stigmates caractéristiques.

Cette observation intéressante du point de vue thérapeutique comporte également quelques points cliniques à noter : imprégnation plombique des amygdales et des sclérotiques qui présentaient une coloration bleue, hypotonie musculaire accentuée sans trouble des réflexes tendineux.

G. Dreyfus-Sée.

C. Schillenz, H. Schreck, H Neumann et H. Kunert. ***Immunisation contre les maladies dues au trypanosome*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 42, 20 Octobre 1933). — L'hypothèse de travail est basée sur les considérations suivantes : dans les pays infestés en Afrique vivent de nombreux animaux : zèbres, buffles, antilopes en troupeaux ; cependant, les chevaux, ânes, bœufs qu'on y introduit tombent malades rapidement. Ces faits plaident en faveur d'une immunité acquise par les animaux nés sur place qui font une infection à trypanosome dès le jeune âge et renforcent la résistance ainsi acquise grâce aux piqûres nouvelles répétées de glossines infectées durant toute leur existence. Ces animaux immunisés sont d'ailleurs porteurs de trypanosomes virulents dans leur sang, de telle sorte que leur immunité paraît due à une infection permanente latente. Leurs petits, naissant congénitalement immunisés, acquièrent une résistance active par suite des piqûres infectantes ultérieures.

Le problème consiste donc à réaliser artificiellement des conditions analogues. Or, ceci n'est possible qu'à l'aide de glossines infectées directement et non avec des souches de trypanosomes de laboratoires se reproduisant sans passer par le stade de vie dans la glossine. Seules ces souches initiales sont douées de propriétés immunisantes.

C'est donc en travaillant en Afrique même qu'il a été possible d'obtenir chez les animaux des résultats intéressants que des études actuelles tendent à poursuivre et dont on pourra ultérieurement tenter l'application chez l'homme.

G. Dreyfus-Sée.

O. Diehl. ***Recherche sur le système veineux humain*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 43, 27 Octobre 1933). — La plupart des phlébites veineuses se produiraient chez des sujets présentant une dysplasie congénitale du système veineux qui constitue le *status varicosus*. A cet état spécial, appartiennent les dilatations veineuses telles que varices des membres inférieurs, hémorroïdes, varices du septum nasal déterminant les épistaxis, etc. On n'a jusqu'ici pu établir si les dilatations veineuses congénitales ou de la première enfance appartenaient à ce même syndrome, ou constituaient un cas particulier dont la rareté s'oppose à la fréquence des varices habituelles tardives. L'étude des dispositions familiales fournit ici des éléments importants.

A propos d'un enfant porteur depuis sa naissance de multiples dilatations variqueuses disséminées (abdomen, cuisses, jambes) ayant même provoqué des ulcères variqueux, D. a fait une enquête familiale portant sur 14 personnes et qui a montré de nombreux cas d'affections variqueuses et phlébitiques.

L'application à cette recherche des notions classiques dans les études héréditaires permettrait d'interpréter la répartition des cas comme une démonstration du rôle de l'hérédité dans la genèse de cette dystrophie. L'absence de toute thérapeutique efficace vis-à-vis des varices étendues rend particulièrement importante l'application des règles eugéniques prophylactiques, et doit faire interdire l'union de malades présentant ce *status varicosus* avec des sujets atteints de manifestations analogues même à un degré moindre.

G. Dreyfus-Sée.

H. Pernice. ***Sténose mitrale consécutive à une intoxication répétée par les gaz chlorés*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 43, 27 Octobre 1933). — Les lésions musculaires cardiaques toxiques sont bien connues, mais, par contre, il est plus rare d'observer des altérations valvulaires à la suite d'intoxication. Cependant, V. Petri a décrit des lésions inflammatoires orificielles dues au phosgène et aux gaz de combat. P. a observé un ouvrier de 34 ans, jusque-là bien portant, qui présenta plusieurs fois des signes d'intoxication chlorée grave avec hémoptysies pulmonaires durant la période de travail dans l'industrie chlorée de 1923 à 1927. Après la cessation de ce travail, les hémoptysies se répètent de temps à autre sans qu'on puisse déceler aucun symptôme de tuberculose. En 1932, l'examen à la clinique révéla une sténose mitrale, alors que ce sujet n'avait présenté aucune des affections habi-

tuellement génératrices de lésion mitrale et que son cœur était normal lors de l'examen d'entrée à l'usine en 1923.

P. discute les hypothèses pathogéniques possibles et croit pouvoir conclure à l'origine toxique de la lésion cardiaque chez cet homme.

G. Dreyfus-Sée.

P. Bielschowsky et **K. Lauge.** ***Contribution à l'étude de la vitesse du courant sanguin*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 43, 27 Octobre 1933). — L'étude de la vitesse du courant sanguin est très importante à la connaissance du fonctionnement circulatoire. On prend comme mesure de vitesse circulatoire le temps nécessaire au sang pour accomplir le circuit complet. En réalité, cependant, il s'agit là d'une vitesse moyenne fictive, car le courant sanguin est ralenti lors de son passage dans les organes et les petits vaisseaux.

Il importerait de pouvoir calculer non seulement la vitesse de la goutte de sang la plus rapide, mais aussi celle de la traversée des divers domaines viscéraux.

La méthode employée par B. et L. est celle de Baumann utilisant l'inhalation d'acétylène très soluble dans les lipoïdes, donc très vite absorbé par le sang et très exactement dosable.

L'inhalation d'un mélange à 6-8 pour 100 d'acétylène et d'air et l'analyse séparée de l'air inspiré et expiré permet de calculer selon Baumann la vitesse moyenne du courant circulatoire qui serait proportionnelle au temps nécessaire à obtenir la saturation de l'air.

En réalité, cependant, le temps ainsi calculé est celui utilisé par la totalité du sang circulant pour accomplir son circuit, c'est-à-dire le temps de circulation le plus long et non la vitesse moyenne. Ce temps chez les sujets normaux varierait de 3 à 3 minutes 1/2. Il est plus court chez les basedowiens même au début (1 3/4 à 3 minutes selon la gravité de l'affection). Il reste normal lors de cardiopathies bien compensées, mais augmente au cours de la décompensation.

L'épreuve du travail accélère le courant circulatoire jusqu'à 3 fois 1/2 la vitesse normale.

La précision de la méthode d'examen est confirmée par des expériences de contrôle utilisant une technique différente (fluorescence).

Enfin, il est possible en provoquant une stase locale sanguine (application de bande de Bier) de constater la différence de réaction entre le sang circulant et le sang de stase.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

G. Czoniczer et **St. Weber.** ***L'action de l'alimentation riche en protéines dans la néphrose*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 40, 7 Octobre 1933). — Le plasma de malades atteints de néphrose contient une forte proportion de globuline et de fibrinogène, mais au total, peu de protéines. Cette hypalbuminose est, d'ordinaire, mise en relation avec l'albuminurie présentée par ces malades. Certains auteurs, comme Epstein et Volhard, ont donc été ainsi amenés à recommander chez ces malades un régime riche en protéines.

Au cours de recherches portant sur des malades de ce genre, C. et W. ont administré une nourriture alternativement riche ou pauvre en protéines. Dans le second cas, la ration était de 30 grammes de protéines végétales et, dans le premier cas, de 180 gr. de protéines d'origine animale. Ces recherches ont porté sur 7 malades atteints soit de néphrose vraie, soit de néphrite présentant les caractères de néphrose. Il a été constaté que ces malades, après avoir suivi, pendant 4 à 10 jours, le régime riche en albumines, présentaient un plasma un peu plus riche en protéines qu'au début. Mais cette augmentation, qui était faible, n'était en outre pas très constante.

Pour étudier l'effet du régime riche en protéines sur l'abuminurie, C. et W. font remarquer que ce n'est pas la concentration de l'albumine dans l'urine, mais la quantité totale de cette substance éliminée en 24 heures qui doit être prise en considération. Or, cette quantité totale a été nettement augmentée par le régime riche en protéines. Les augmentations constatées ont varié de 40 à 100 pour 100. Mais en même temps, le volume des urines augmente. Il a d'ailleurs été constaté qu'en cas d'œdème de la faim, un régime riche en protéines fait rapidement disparaître l'œdème. En tout cas, chez 7 de leurs malades, C. et W. ont constaté que le régime riche en protéines double et triple le volume des urines. Il est vraisemblable que cette action diurétique des protéines est due à leur transformation en urée.

En conclusion, il y a lieu de remarquer, d'après C. et W., que le régime riche en protéines est utile en cas de néphrose, car il active la diurèse, agit favorablement sur l'œdème et, à la longue, finit par atténuer l'hypalbuminose. Par contre, il n'y a pas lieu de considérer comme un inconvénient le fait que l'albuminurie soit augmentée.

P.-E. Morhardt.

C. Kaufmann. ***Le traitement de l'aménorrhée avec de fortes doses d'hormone ovarienne*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 40, 7 Octobre 1933). — Après avoir rappelé qu'il a pu, par administration des deux hormones ovariennes, faire reparaître chez une femme castrée une muqueuse utérine à la phase de sécrétion, K. expose que les doses d'hormone folliculaire nécessaires pour obtenir ce résultat ne sont pas inférieures à 200.000 unités-souris. Les produits utilisés ont été essayés chez des rats femelles, adultes et castrées, et on a considéré comme une unité celle qui fait apparaître le rut chez au moins 50 pour 100 des animaux d'expérience. Cette unité est sept fois plus forte que l'unité internationale.

Les doses d'hormone du corps jaune ont varié de 35 à 90 unités-lapins testées d'après la méthode de Clauberg. La détermination du taux du glycogène est importante pour apprécier l'état de fonctionnement de la muqueuse utérine. On ne peut pas faire apparaître cette substance, chez la femme castrée, au moyen de l'hormone folliculaire seule. Par contre, on en trouve après administration des deux hormones.

Le traitement de l'aménorrhée a été pratiqué d'abord avec des ampoules de 10.000 unités-souris qui exigeaient une injection quotidienne et qu'il a fallu remplacer par des ampoules de 50.000 unités-souris (progynon B) qu'il suffit d'injecter deux fois par semaine. Cette préparation contient environ 10.000.000 d'unités-souris par gramme. On administre du progynon B d'après le schéma suivant: le 1er, le 4, le 8, le 11, le 15 à la dose de 50.000 unités chaque fois. Du 19 au 23, on administre quotidiennement 10 unités-lapins d'hormone du corps jaune. La menstruation est ainsi survenue les 25, 26 et 27.

Il a été ainsi traité 5 cas d'aménorrhée primaire avec utérus très hypoplastique. Il s'agissait dans les 5 cas de jeunes filles, ce qui n'a pas permis de procéder à un curettage. Mais on a constaté deux fois une augmentation très nette du volume de l'utérus. Deux fois les règles ont apparu. Dans deux cas d'aménorrhée avec organes génitaux bien développés, on a fait le même traitement qui a fait apparaître une hémorragie menstruelle vraie.

Chez des malades présentant de l'aménorrhée secondaire, on a pu faire augmenter l'utérus et dans 3 cas faire survenir des hémorragies menstruelles régulières qui ont cependant cessé avec le traitement.

Peu de jours après la première injection de progynon, on constate une sécrétion de la muqueuse vaginale, mais pas de pertes gênantes. Le poids du corps n'est pas modifié par ce traitement.

P.-E. Morhardt.

Werner Grab. ***La collaboration des cellules et de la colloïde au cours de l'activité incrétrice de la thyroïde*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 42, 21 Octobre 1933). — G. a voulu d'abord savoir si la colloïde de la thyroïde contient de l'iode. Pour cela, il fait des coupes congelées de 40 μ d'épaisseur de thyroïde tout à fait fraîche et les épuise avec une solution de Ringer dans laquelle la colloïde se dissout. On l'extrait ensuite par dessiccation et on transforme cette colloïde en poudre où il est facile de constater qu'elle contient 0,34 à 0,38 pour 100 d'iode. D'autre part, il a été dosé, selon les conseils de Harrington, la fraction d'albumine iodée qui précipite lorsque $p_H = 5$ et qui représente l'iode thyroxinique. Il a été constaté qu'un tiers de l'iode total trouvé dans la colloïde peut ainsi être précipité et, en tous cas, il a été démontré, pour la première fois, que la colloïde de la thyroïde contient une substance iodée ayant les caractères de la thyroxine.

Quant au tissu restant, qui comprend des cellules épithéliales, du tissu conjonctif, etc., on y a retrouvé un peu d'iode (0,04 pour 100) dont environ un tiers doit être considéré comme de l'iode thyroxiné. G. déduit de ces chiffres que 65 pour 100 du poids de la thyroïde sont représentés par la colloïde et que 19/20 de la substance active de la glande existent dans la colloïde.

G. a ensuite étudié l'effet que pouvait avoir sur ce pouvoir de la colloïde une stimulation de la thyroïde soit par l'hormone thyrotrope soit par le froid. Il a été ainsi constaté que, sous l'action de ces deux méthodes, la quantité totale de la colloïde reste à peu près constante, mais que cette substance perd une proportion énorme de principe actif. Sous l'action de cette méthode, en effet, il disparaît non seulement la thyroxine, mais aussi l'iode inactif, soluble dans les acides, de la diiodetyrosine. A cet égard, le froid et l'hormone thyrotrope ont des effets tout à fait semblables.

Il existe donc physiologiquement plusieurs colloïdes: l'une riche en hormone et l'autre épuisée, de telle sorte que l'hormone ne doit pas exister à l'état de combinaison avec la colloïde.

Dans la colloïde du goitre, l'hormone est à concentration beaucoup plus faible que normalement. Mais l'ensemble représenté par la colloïde et les cellules a beaucoup augmenté de volume. Chez ces malades, par conséquent, les cellules thyroïdiennes sont fonctionnellement insuffisantes. En cas de Basedow, il est vraisemblable que la colloïde n'arrive pas à conserver l'hormone.

P.-E. Morhardt.

K. Thums. ***Œdème pulmonaire aigu en cas de sténose mitrale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 42, 21 Octobre 1933). — T. donne l'observation d'un homme qui présente une sténose mitrale et qui a pu être particulièrement bien suivi. Dans son enfance, il a présenté une teinte jaune des sclérotiques et de la peau, En 1929, il avait alors 28 ans, on l'ausculta et on trouva son cœur tout à fait normal avec une réaction indirecte de Hijmans van den Bergh donnant environ 2,6 milligr. de bilirubine pour 100. L'année suivante, le malade se plaignit d'avoir craché du sang. Mais l'absence de tout signe pulmonaire fit écarter le diagnostic d'hémoptysie. Les mêmes phénomènes se reproduisirent trois mois plus tard, à l'occasion d'une excursion en ski. A ce moment, il put être ausculté et on constata l'existence, sur toute l'étendue des poumons, de râles humides fins aux sommets et parfois moyens aux bases avec forte tachy-

cardie. Il s'agissait évidemment d'un accès d'œdème pulmonaire.

Le lendemain, le malade fut ausculté de nouveau et on constata une dilatation du cœur avec souffles systoliques doux à la pointe et un second bruit pulmonaire accentué; le bord du foie dépasse les fausses côtes d'un travers de doigt. Ultérieurement, on put constater que les symptômes de sténose mitrale allaient en s'accentuant: le malade devint nettement cyanosé et se plaignit de dyspnée en montant les étages Une année plus tard, on constata qu'aux signes de sténose étaient venus s'adjoindre ceux d'une insuffisance mitrale.

A propos de cette observation, T. discute la pathogénie de l'œdème pulmonaire survenant en cas de sténose mitrale. Il rappelle que pour Schellong, il y aurait, à l'origine de cet œdème, une sténose mécanique due à une augmentation de l'arrivée de sang dans les poumons. T. a d'ailleurs pu montrer qu'en cas de sténose mitrale, le volume du sang circulant augmente au cours du travail physique et qu'ainsi, il arrive aux poumons une proportion plus importante de sang dont l'écoulement est gêné par la sténose. Cette théorie est, sur certains points, tout à fait en accord avec l'observation de T., puisque le malade a souffert à plusieurs reprises d'œdème pulmonaire immédiatement après une forte fatigue physique.

Par ailleurs, Hesse admet qu'il faut faire intervenir, dans la pathogénèse des paroxysmes d'œdème pulmonaire, des phénomènes de spasmes, car cette affection présente souvent une disposition très nettement lobulaire. De plus, en cas d'affection mitrale, la stase chronique entraîne des processus de sclérose qui présente également des variations locales. De plus, pour Hess, des processus de bronchospasme paraissent également intervenir.

D'après T., il est possible que des spasmes vasculaires interviennent aussi, bien que l'existence de bronchospasme ne soit pas démontrée. Dans tous les cas, les paroxysmes d'œdème pulmonaire doivent, d'après lui, être attribués à au moins 2 facteurs, l'un d'eux ne suffisant jamais à lui seul pour faire apparaître les symptômes.

P.-E. Morhardt.

Franz Seeber. ***Le traitement du bloc du cœur et de la maladie de Stokes-Adam par l'éphétonine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 42, 21 Octobre 1933). — S. rappelle qu'on rencontre quelques observations, notamment américaines, dans lesquelles des accès de maladie de Stokes-Adam ou de bloc total du cœur ont disparu sous l'influence d'adrénaline et parfois aussi d'éphétonine ou d'éphédrine. A ce propos, il est donné d'abord l'observation d'un homme de 53 ans qui a présenté un vomissement de sang important puis, quelques semaines plus tard, une hémiplégie droite accompagnée d'aphasie et ayant laissé des séquelles. Enfin, il est sujet à des pertes de connaissance brusques, mais passagères et de plus en plus fréquentes. Il a pu s'en produire jusqu'à 100 par jour. Il a autrefois beaucoup fumé.

A son entrée, on lui donne de l'éphétonine à la dose de 4 comprimés de 5 centigr. par jour, ce qui réduit le nombre des accès dans des proportions considérables.

L'électrocardiogramme, pratiqué à l'entrée, a montré l'existence d'un bloc cardiaque total avec 96 pulsations auriculaires et 20 pulsations ventriculaires. Au bout de 3 jours, on constate une modification assez nette de l'électrocardiogramme qui permet de faire le diagnostic de bloc de la branche droite. Les pulsations auriculaires sont alors à 100 et les pulsations ventriculaires à 50. Finalement, les accès disparaissent complètement.

Chez un homme de 65 ans présentant également un bloc total caractéristique avec fréquence auriculaire de 100 et fréquence ventriculaire de 32, l'éphétonine a fait disparaître complètement les symptômes.

Dans un troisième cas, par contre, la dose de 2 comprimés pendant plusieurs semaines n'a eu aucun effet.

P.-E. Morhardt.

Hans Popper. ***Bacillémie tuberculeuse dans la tuberculose et dans le rhumatisme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 42, 21 Octobre 1933). — A l'Institut anatomo-pathologique de Vienne de R. Maresch, il a été procédé à 6.000 cultures d'après la méthode de Löwenstein. Cette méthode exige un certain tour de main qui demande un entraînement important car les assistants, au début de leur initiation, ont des résultats beaucoup plus mauvais qu'ultérieurement. Cependant, il importe peu que l'hémolyse soit réalisée par l'acide acétique, la saponine ou l'eau. D'ailleurs P. a cherché à réaliser, pour simplifier, cette hémolyse dans un milieu de culture où le sang est introduit dans le but de l'enrichir. On le cultive en effet pendant 10 ou 15 jours puis on le centrifuge et on ensemence sur le milieu à l'œuf.

La constatation exclusivement microscopique n'est pas démonstrative, à moins que les bacilles ne se trouvent en amas abondants et morphologiquement identiques aux bacilles de la tuberculose. En pareil cas, d'ailleurs, l'expérience sur l'animal est impossible. Même avec les colonies macroscopiquement visibles, on a trouvé parfois des bacilles à comportement atypique et notamment des souches qui ne tuent pas les animaux d'expérience ou encore qui donnent naissance à une pigmentation jaune et qui doivent être considérées comme des germes alcoolo-acido-résistants du *Mycobacterium luteum*. Il faut, en effet, toujours compter avec la pollution possible des milieux à l'œuf. En somme, comme macroscopiquement positives, P. n'a considéré que les souches provoquant chez le cobaye une tuberculose mortelle histologiquement vérifiée et permettant d'isoler des bacilles par culture.

Les cultures faites avec du sang recueilli chez des sujets vivants ont donné 4 fois une réponse positive; il s'agissait de sujets présentant une phtisie caverneuse. Dans 16 autres cas, on a simplement fait le diagnostic microscopique et dans 6 cas celui de *Mycobacterium luteum*. La culture de sang de cadavres donne des résultats nettement plus favorables puisqu'il a été obtenu 80 résultats positifs notamment chez des sujets atteints de tuberculose miliaire ou étendue (70 pour 100 de cas positifs). Il semble d'ailleurs que la bacillémie ait apparu peu de temps avant la mort. De plus, dans la plupart des cas positifs, on retrouvait des nodules miliaires dans les organes (28 fois sur 30).

Le rhumatisme a fait également l'objet de recherches étendues de la part de P.; le sang de 400 sujets a été examiné et a donné 5 fois une souche de bacilles typique et pathogène pour l'animal. De plus, dans 18 cas, on a constaté, au microscope, l'existence de bâtonnets alcoolo-acido-résistants.

Dans un des cas où la réponse fut positive, il s'agissait d'une femme de 38 ans présentant une poussée d'endocardite avec douleurs articulaires. Dans l'anamnèse, il y avait lupus et lésions des sommets, affections qui étaient guéries au moment de l'examen. Dans un autre cas, il s'agissait d'une polyarthrite typique qui a donné un résultat positif avec plusieurs prises de sang. L'examen du sang de cadavres a été également pratiqué dans quelques cas d'affection du cœur.

Au total, P. distingue parmi ces rhumatisants un groupe d'affection aiguë ou subaiguë survenue principalement chez des enfants présentant de la pancardite et des altérations verruqueuses des valvules; sur 12 cas il y a eu 4 résultats positifs macroscopiquement et 3 microscopiquement. Parmi les premiers, il en est 2, sans altération tuberculeuse. Dans un second groupe de poussées nouvelles d'endocardite rhumatismale chronique il s'agit surtout d'adultes ayant présenté, au moment de la mort, des poussées de température élevées et à l'autopsie, des altérations verruqueuses et parfois ulcéreuses des valvules. Sur 13 cas de ce genre, il y a eu, sur 37 cas, 11 réponses positives ques. Dans un groupe comprenant des lésions valvulaires récentes avec productions verruqueuses il y a eu sur 37 cas, 11 réponses positives dont 5 macroscopiques. Dans un quatrième groupe de lésions valvulaires typiques anciennes ayant entraîné la mort par décompensation cardiaque, il y a eu 4 réponses positives sur 42 cas. Dans un cinquième groupe d'endocardite lente comprenant 10 cas, on a eu 2 réponses positives.

Le sang cultivé a été prélevé dans plusieurs régions et, de plus, on a examiné des fragments de divers organes. On a obtenu des réponses positives surtout avec le myocarde, avec les amygdales, plus rarement avec la rate quelquefois avec la moelle osseuse et avec les excroissances verruqueuses des valvules.

D'une façon générale, les cas positifs n'ont pas présenté des altérations tuberculeuses autres ou plus fréquentes que les sujets ayant donné des réponses négatives. Dans 5 cas ayant donné une réponse macroscopiquement positive, on n'a même pas constaté d'adhérence pulmonaire. Comme la bacillémie est constatée sur les cadavres surtout dans les formes de tuberculose sévères, on ne saurait considérer, d'après P., que la tuberculose soit responsable de la bacillémie des rhumatisants. De plus, chez les rhumatisants ayant donné une réponse positive, on n'a pas trouvé de nodule tuberculeux miliaire. Ainsi, le rhumatisme ne peut pas être considéré comme un phénomène d'activation d'un foyer tuberculeux par un irritant non spécifique, contrairement à ce que P. a admis autrefois. L'allergie, en quelque sorte spécifique, accompagnée de la production de tissu de granulation caractéristique, observée dans les formes connues de tuberculose, doit être complètement distinguée de la forme d'allergie qui conduit à la production du granulome rhumatismal et qui peut être déclanchée chez l'animal par des protéines ou par des streptocoques. Cette réaction allergique non spécifique déterminée par une immunité spéciale paraît d'ailleurs, dans des circonstances particulières, être provoquée par le bacille de la tuberculose. Ce ne serait plus alors le germe, mais l'état de l'immunité qui serait au premier plan des processus rhumatismaux.

P.-E. Morhardt.

G. Schlomka. ***Commotion cardiaque*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 43, 28 Octobre 1933). — S. a procédé à une série d'expériences chez des lapins et chez des chats consistant à administrer un traumatisme léger sur la paroi thoracique et à analyser par l'électrocardiogramme, la pression artérielle et veineuse et le radiogramme, les phénomènes cardiaques déterminés.

Il a été ainsi constaté d'abord l'apparition de complexes ventriculaires monophasiques entièrement atypiques, interrompus par une série d'extra-systoles, une chute de la pression artérielle (96 mm. de Hg à 28), une augmentation de la pression veineuse (18 à 50 mm. de MgSO4). Un peu plus tard, il apparaît une extrasystolie prolongée alors que la pression veineuse commence à monter. Enfin, au bout de 2 minutes, les courbes des pression veineuse (18 à 50 mm. de MgSO4). Un peu Bref, on observe tous les troubles du rythme et même l'électrocardiogramme coronaire dont le type est aujourd'hui bien établi.

Ces symptômes de commotion cardiaque ne sont pas provoqués par un choc sur l'abdomen, mais bien sur les régions en relation étroite avec le

cœur lui-même. Le choc doit être brusque; un ébranlement ou une compression n'a pas d'effet.

L'examen aux rayons Rœntgen a montré en outre qu'il survient, du fait du rhumatisme, une dilatation du cœur qui, quand elle atteint un certain degré et s'accompagne d'une baisse considérable de la pression artérielle et d'une forte élévation de la pression veineuse, peut déterminer une courbe très particulière et parfois même la mort de l'animal. Effectivement, une dilatation brusque atteignant par exemple 40 pour 100 se réduit, vers la 40e minute, à 15 pour 100 pour remonter ensuite après la 2e heure à plus de 20 pour 100. Dans 90 pour 100 des cas de mort subite provoquée ainsi, on n'a rien trouvé à l'autopsie et, dans les 10 cas restants, on a constaté de petits foyers d'hémorragie dans le myocarde ou dans les faisceaux.

Ainsi, tous les symptômes de la commotion cardiaque sont, contrairement à ce qui est admis généralement, d'origine primitivement cardiaque et ne peuvent être déclanchés que par des traumatismes agissant au voisinage du cœur.

La cause de ces symptômes doit être primitivement fonctionnelle. Elle est vraisemblablement en rapport avec l'électrocardiogramme coronaire, c'est-à-dire avec une altération fonctionnelle de l'irrigation du cœur. Il surviendrait un spasme segmentaire comme le mettent en évidence les petits foyers anémiques limités ou les zones anémiques constatés par S.

Tous les phénomènes constatés chez l'animal expliquent ce qui s'observe chez l'homme après une commotion cardiaque et notamment l'irrégularité du pouls, les extrasystoles hétérotopes, la fibrillation auriculaire, les troubles de la conduction atrio-ventriculaire conduisant à un bloc périodique ou total. De plus, ces expériences expliquent que le pouls devient insensible, qu'il survient du vertige et des pertes de conscience avec anémie cérébrale et enfin de la dilatation cardiaque traumatique aiguë.

De plus, ces expériences montrent que l'angine de poitrine traumatique doit être considérée comme un symptôme pouvant être déterminé par une commotion de ce genre, vraisemblablement par le mécanisme d'un trouble de l'irrigation du cœur.

Au point de vue thérapeutique. S. fait remarquer qu'en cas de commotion cardiaque le cœur lui-même doit être au centre des préoccupations. Mais il est difficile d'agir directement sur le cœur. La strophantine elle-même est une arme à double tranchant étant donné la tendance à la fibrillation qu'elle provoque. Le danger d'une surcharge du cœur peut être créé également en cherchant à relever le tonus des vasomoteurs, ce qui aurait pour conséquence l'arrivée d'un excès de sang veineux dans le cœur et une dilatation qu'il faut éviter. Ce qui doit être tenté, c'est une décharge surtout du cœur droit par une saignée abondante qui se montre si souvent efficace en pareil cas. Une accélération importante du pouls témoigne d'un trouble hétérotope du rythme et ne doit pas être considérée comme un symptôme de choc, mais au contraire, traitée comme une tachycardie paroxystique et notamment par la compression du sinus carotidien, compression qui, en pratique, est souvent faite trop faiblement. On a recommandé également le badigeonnage de la paroi postérieure du pharynx et des lavages d'estomac. Enfin, si la tachycardie se prolonge, on peut administrer de la quinine en injection intraveineuse (20 centigr. au maximum). L'apomorphine à la dose de 2 centigr. qui est très utilisée pour couper les accès de tachycardie paroxystique ne peut pas être recommandée car il semble que ce médicament agisse défavorablement sur le débit des coronaires.

Ces acquisitions semblent montrer également que parmi les séquelles tardives de la commotion cardiaque doit figurer la myomalacie traumatique sous forme d'anévrisme cardiaque ou de cicatrice localisée.

P.-E. Morhardt.

F. G. Dietel. ***Substances fixatrices de la sécrétion du lobe postérieur de l'hypophyse dans le sérum de gestante*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 43, 28 Octobre 1933). — Küstner a découvert dans le sang de gestante, et surtout d'accouchée, une substance qui inhibe d'une façon immédiate l'action de l'hypophysine sur les mélanophores. Ces constatations ont été confirmées par D. Cette action se fait sentir à l'égard des extraits de lobe postérieur provenant d'animaux de boucherie ou d'hommes.

Si on ajoute à un sérum à pouvoir inhibant élevé toute la quantité d'hypophysine qu'il est capable de neutraliser, on constate, après un certain temps et un certain traitement, que l'hypophysine a repris son activité. Il s'agit donc, entre l'hormone et la substance inhibante sérique, d'une combinaison très lâche, analogue à une adsorption peu énergique. Ce pouvoir inhibant est détruit par élévation à la température de 65° pendant quelques minutes ou à 55° pendant 30 minutes. Cette substance peut être adsorbée par le kaolin et complètement éliminée du sérum.

A côté de cette propriété qui agit sur les mélanophores, le sérum de gestante se montre également capable d'inhiber les effets du principe antidiurétique du lobe postérieur de l'hypophyse. Cet effet du sérum est environ 20 fois plus marqué chez les gestantes à terme que chez d'autres sujets. Il n'est pas dû à une substance identique à celle qui inhibe l'action sur les mélanophores. En effet, la substance qui inhibe l'effet antidiurétique n'est pas facile à adsorber et résiste beaucoup plus à la chaleur.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Munich, Vienne)

C. Fervers. ***Irradiations ultra-violettes intrathoraciques et intra-abdominales*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 41, 13 Octobre 1933). — Après avoir restreint les indications des irradiations ultra-violettes aux régions épidermiques qui sont normalement exposées à la lumière, on a reconnu que l'action des rayons pouvait s'exercer aussi sur des organes profonds, viscères, cavités séreuses et sang.

L'efficacité de la laparotomie, supérieure à la simple ponction évacuatrice du péritoine, serait peut-être simplement due à l'intervention de l'aération et l'actinothérapie du péritoine. D'où découlerait la notion de l'intérêt que présenterait cette actinothérapie systématique lors d'épanchements des séreuses.

Des observations encore peu nombreuses recueillies par F., il résulterait, en effet, que l'irradiation intra-pleurale ou intra-péritonéale amène une régression rapide d'épanchements résistant à la ponction simple. En particulier les exsudats au cours du pneumothorax pourraient être ainsi évités ou enrayés. La cause de cette efficacité pourrait être cherchée dans une action bactéricide des ultraviolets ou attribuée à une excitation de la formation d'anticorps ou encore à une action sur le sang circulant. F. se demande même si on ne pourrait pas espérer exercer une influence favorable sur les lésions pulmonaires sous-jacentes.

La technique de l'irradiation comporte tout d'abord l'établissement d'un pneumothorax ou pneumo-péritoine, après quoi le trocart spécialement équipé avec une lampe à rayons ultra-violets est introduit dans la cavité.

Une description détaillée de l'instrumentation avec des photographies des appareils est jointe à l'article.

G. Dreyfus-Sée.

M. Hochrein. ***Pouvons-nous éviter la formation d'infarctus du myocarde?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 42, 20 Octobre 1933). — Symptômes et diagnostic de l'infarctus du myocarde sont actuellement bien connus. Le pronostic en demeure cependant grave malgré que l'affection puisse être précocement reconnue et traitée: la mortalité est encore de 50 à 60 pour 100 durant les premiers jours de maladie.

Le problème actuel est donc la découverte d'une thérapeutique prophylactique qui seule pourrait améliorer le pronostic. Deux questions se posent tout d'abord :

1° Y a-t-il des signes cliniques précurseurs d'un infarctus ?

2° S'il était possible de déceler les sujets en danger, posséderions-nous un moyen efficace pour prévenir les accidents ?

H. s'est efforcé depuis plusieurs années de préciser chez tous ses malades l'histoire des premiers troubles et de noter tous les éléments anamnestiques de 70 sujets ainsi observés. Il croit ainsi pouvoir délimiter la « zone dangereuse » dans les limites de laquelle évolue la maladie et attache une grande importance à certains signes cliniques.

D'accord avec les recherches antérieures, la statistique montre chez ces 70 sujets une prédominance chez les hommes de plus de 40 ans, surtout exerçant des professions manuelles, ou bien celles qui nécessitent une certaine tension d'esprit et une vie agitée (commissaires de police, conducteurs de train, etc.). 40 pour 100 de ces malades avaient des antécédents héréditaires de cardiopathies ou d'affection des voies circulatoires, 25 pour 100 avaient eu du rhumatisme articulaire, 80 pour 100 étaient d'anciens syphilitiques, 8 pour 100 d'anciens gonorrhéiques, quelques-uns présentaient un diabète ancien ou avaient eu des accès de goutte.

Sur ce terrain prédisposé, certains signes sont à noter.

75 pour 100 des malades avaient eu plusieurs années avant l'apparition des accidents d'infarctus des troubles circulatoires et même des symptômes d'affection coronarienne: dyspnée d'effort importante sans signe de décompensation cardiaque (15 pour 100), signes d'insuffisance circulatoire, œdèmes, ascite, etc. (10 pour 100), symptômes de déficience coronarienne: angine de poitrine d'effort (25 pour 100), parfois seulement tachycardie, palpitations, sensation de constriction thoracique.

En somme, l'affection survient surtout chez les hommes, de 40 à 60 ans, avec habitus apoplectique et prédisposition familiale, exerçant une profession nerveusement fatigante, et ayant eu soit un rhumatisme antérieur, soit des troubles fonctionnels cardiaques.

La cause des accidents était attribuée à une thrombose coronarienne survenant chez un artérioscléreux; beaucoup plus rarement la syphilis ou une embolie coronarienne seraient décelables. Récemment, on a insisté sur le rôle des spasmes coronariens; les troubles vaso-moteurs sur lesquels agissent souvent des facteurs psychiques seraient très fréquemment à considérer.

Tous ces facteurs doivent entrer en considération pour le traitement. Contre les troubles circulatoires précurseurs on ne se contentera pas des classiques médications symptomatiques: digitale, nitrites, etc. On insistera sur le traitement psychique et nerveux: détente, suppression, dans la mesure du possible, des causes d'agitation; on utilisera les sédatifs nerveux, on réglera soigneusement la diététique.

Parfois les massages, les bains segmentaires, la gymnastique respiratoire sont utiles.

Outre le gardénal et le bromure dirigés contre l'excitabilité nerveuse générale, on tentera de calmer le système nerveux cardiaque à l'aide de quinidine.

L'atropine, essayée en se basant sur son action dilatatrice chez l'animal, a échoué chez les malades.

Par contre, certaines sédations ont été obtenues avec des préparations de caféine, de glucose, de calcium ou bien des inhalations de CO^2. L'irradiation intensive par rayons X a été proposée, mais est insuffisamment étudiée pour pouvoir être appréciée actuellement.

Le succès de ces moyens prophylactiques demeure d'ailleurs difficile à apprécier; la longueur de la phase des signes précurseurs, le manque de certitude du sens même de l'évolution vers des accidents graves, empêche d'affirmer que des infarctus myocardiques aient réellement été évités par les mesures préconisées.

G. Dreyfus-Sée.

J. S. Schwarzmann. ***L'activité thérapeutique de quelques extraits d'organes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 42, 20 Octobre 1933). — Les extraits d'organes et de tissus n'auraient pas seulement une action vaso-dilatatrice et hypotensive, mais paraissent agir sur l'ensemble du système nerveux végétatif, et influencer aussi la chimie sanguine et le système colloïdal.

Si l'effet thérapeutique et le mécanisme d'action des extraits musculaires ont été ainsi méconnus, la question de la nature chimique de deux principes actifs est encore moins résolue.

L'hypothèse de l'existence d'acide adénosinphosphorique, soutenue par certains auteurs, est très discutable. En éliminant de certains extraits toute trace de ce produit, S. a obtenu une action clinique exactement superposable à celle des extraits totaux. L'étude systématique d'extraits cutanés et pleuraux a montré que leur activité était également analogue à celle des extraits musculaires et même qu'ils étaient plus efficaces lors des cas d'angine de poitrine ou d'asthme cardiaque.

G. Dreyfus-Sée.

A. Terbrüggen. ***Le diabète sucré, la régénération insulaire et les adénomes insulaires*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 43, 27 Octobre 1933). — L'étude des modifications pancréatiques anatomiques lors du diabète sucré, comparées à celles que détermine l'hyperfonctionnement insulaire avec hypoglycémie spontanée, amène à la notion d'une régénération insulaire survenant au cours même du diabète et susceptible parfois d'aller jusqu'à la constitution d'adénome entraînant une hypoglycémie mortelle

Le diabète juvénile serait nettement distinct pathogénétiquement du diabète des adultes. Chez les sujets jeunes, il existerait une déficience congénitale de l'appareil insulaire, dont l'insuffisance serait révélée plus ou moins précocement lors d'un incident pathologique intercurrent, ou au moment de la puberté, troublant l'équilibre instable des glandes à sécrétion interne. Chez les sujets âgés l'artério-sclérose amènerait fréquemment une dégénérescence insulaire. Chez l'adulte, ce sont des causes infectieuses ou plus souvent une affection des voies biliaires qui paraissent déclancher le diabète, et on peut se demander si les troubles hépatiques provoquent les altérations insulaires ou bien évoluent sur le même terrain constitutionnel.

En ce qui concerne les altérations insulaires, on trouve souvent, à côté de lésions de dégénérescence, des zones de régénération cellulaire pouvant aller jusqu'à l'hypertrophie compensatrice. Ce processus serait influencé surtout par la gravité de l'affection. Sur 6 cas avec hypertrophie insulaire notable, 4 sont morts de coma diabétique; 1 cas avec adénome de plus d'un millimètre de diamètre mourut d'atrophie aiguë du foie; le dernier, amélioré par l'insuline, fut emporté par une thrombose coronarienne.

Il est intéressant de noter ce processus compensateur, bien connu dans la plupart des autres lésions et qui ne paraît se produire ici que lors d'altérations graves du pancréas, et ceci plus fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant dont le tissu insulaire semble incapable de réaction. L'action de l'insuline ne peut être affirmée, car certaines observations datent de la période pré-insulinique.

On a pu trouver des hypertrophies adénomateuses chez des sujets non diabétiques et T. se demande si la régénération insulaire normale, suppléant aux désintégrations cellulaires, qui se produisent durant la vie, ne serait pas dans certains cas exagérée pour lutter contre un diabète en puissance. Les phénomènes de glycosurie transitoire des sujets âgés trouveraient là leur explication.

Enfin, le tableau clinique de l'hypoglycémie spontanée, bien connue depuis les publications américaines, et répondant anatomiquement à des formations adénomateuses insulaires, vient enrichir le domaine clinique et renforcer l'importance pathogénique de ces proliférations insulaires qui auraient ainsi des conséquences variables suivant qu'elle se produisent isolément, ou à titre d'hypertrophies compensatrices.

G. Dreyfus-Sée.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

W. Lohr et **W. Jacobi.** ***Die combinierte Enzephal-Arteriographie*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIV, Supplément 1933). — Ce fascicule, illustré de 75 figures, fait partie d'une série d'atlas se rapportant aux images radiologiques normales ou pathologiques d'un certain nombre d'organes. Il est consacré à l'encéphalographie, à l'artériographie cérébrale et à la combinaison des deux méthodes. Les auteurs ont pratiqué plus de 400 injections dans la carotide interne, en employant un dioxyde de thorium colloïdal, le thorotrast. Les travaux cliniques et radiologiques ont été faits dans deux des principaux hôpitaux de Magdebourg.

L'encéphalographie doit toujours être faite sous anesthésie générale. Elle n'est pas exempte d'accidents. Au contraire, l'artériographie faite suivant une bonne technique ne donne même pas de sensations désagréables au malade. Aussi, en cas de diagnostic difficile, les auteurs font-ils d'abord une artériographie à l'anesthésie locale, puis quelques jours après, une encéphalographie si les résultats obtenus n'ont pas été assez démonstratifs.

L'artériographie cérébrale est très bien supportée même chez de grands malades. Sa technique est simple. Si l'encéphalo-artériographie combinée présente quelques dangers, il faut uniquement les mettre au compte de l'encéphalographie. Celle-ci doit être faite avec beaucoup de prudence, l'air étant introduit très lentement.

Les auteurs insistent beaucoup sur leur technique artériographique: méthode de découverte de la carotide interne, position du patient et de l'ampoule. Les meilleures radiographies sont obtenues quand on n'établit aucune compression vasculaire. Il suffit de piquer d'un seul coup la paroi artérielle en évitant la transfixion. On se sert d'une aiguille d'un calibre de 0 mm. 6, réunie à une seringue à injections par un tuyau de caoutchouc de 15 à 20 cm. de long. On doit pousser l'injection avec force, à cause de la viscosité relative du dioxyde de thorium, et parce que les clichés obtenus sont alors plus nets. On les prend après avoir injecté deux à trois centimètres cubes de liquide opaque. Le retrait de l'aiguille n'entraîne pas en général d'hémorragie. Cependant, si cela est nécessaire, on applique pendant quelques instants un tampon imbibé d'adrénaline sur le point de la piqûre. Cette technique permet de reproduire très exactement le réseau intracérébral de la carotide interne.

L. et J. ont illustré leur ouvrage d'une série de très belles radiographies se rapportant à l'aspect radiologique normal des artères cérébrales, ainsi qu'aux images obtenues dans des cas de paralysie générale, d'épilepsie, de sclérose artérielle, d'hydrocéphalie. Enfin, le chapitre le plus important, consacré aux tumeurs du cerveau, montre quelle précision on peut obtenir dans la localisation de ces tumeurs par la combinaison des deux méthodes d'exploration, hier encore inconnues.

A. Ravina.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig et Dresde)

F. Moritz et **W. Mohr.** ***La capacité et la masse musculaire des cavités cardiaques chez l'homme*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXV, n° 188, 15 Septembre 1933). — M. et M. décrivent une méthode destinée à mesurer la capacité des différentes cavités du cœur au moyen d'un appareil assez simple qui permet de connaître d'abord le volume d'air se trouvant dans le cœur droit et dans le cœur gauche, puis la capacité de chaque ventricule après moulage de la surface externe des ventricules au plâtre. Les chiffres trouvés indiquent la capacité diastolique maxima qu'avait le cœur pendant la vie, la mort du muscle se faisant généralement en diastole maxima.

Chez 10 sujets indemnes de cardiopathie ils ont trouvé une capacité moyenne de 506 cmc pour le cœur entier, dont 168 cmc pour l'oreillette droite, 111 cmc pour le ventricule droit, 116 cmc pour l'oreillette gauche et 109 pour le ventricule gauche, mais il existe des variations individuelles assez marquées; cependant la capacité de l'oreillette droite l'emporte toujours.

Dans les 6 cas de cardiopathie primitive qu'ils ont examinés, les chiffres trouvés s'écartent notablement des volumes normaux dans le sens de la dilatation.

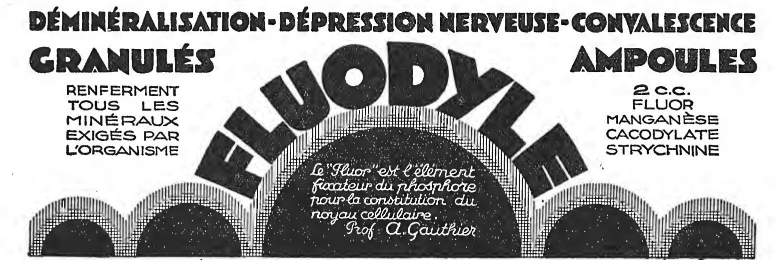
Si l'on tient compte, outre la capacité, du poids de la masse musculaire totale du cœur et du poids respectif des oreillettes et des ventricules, on arrive à des résultats intéressants et on obtient ainsi des bases valables pour apprécier dans un cas donné la présence et le degré des anomalies, dilatation, hypertrophie, etc. M. et M. indiquent une méthode arithmétique qui permet, en rapportant les chiffres trouvés à des sphères, d'exprimer graphiquement les résultats des déterminations de capacité et de poids sous une forme combinée. On peut ainsi dégager, d'une façon particulièrement suggestive et très appropriée à l'enseignement, le type des anomalies propres à chaque affection cardiaque.

P.-L. Marie.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Gabe. ***Mesure de la pression veineuse dans la tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVIII, n° 1-2, 1933). — G. a mesuré systématiquement la pression veineuse de 141 femmes atteintes de tuberculose pulmonaire dans l'espoir que cette méthode lui permettrait de tirer des indications pronostiques sur l'état circulatoire général avant que soit tentée une opération, particulièrement la thoracoplastie. Ces recherches n'ont pas confirmé les résultats de Villaret et de ses élèves. G. a utilisé le manomètre de Claude, il s'est adressé à des catégories de malades très dif-


FARINE
LACTÉE
Salvy
DIASTASÉE


DÉMINÉRALISATION - DÉPRESSION NERVEUSE - CONVALESCENCE
GRANULÉS
RENFERMENT TOUS LES MINÉRAUX EXIGÉS PAR L'ORGANISME
FLUODYLE
AMPOULES
2 C.C. FLUOR MANGANÈSE CACODYLATE STRYCHNINE
Le "Fluor" est l'élément fixateur du phosphore pour la constitution du noyau cellulaire.
Prof. A. Gauthier

férents : anciens tuberculeux fibreux, tuberculose ouverte en activité, forme ulcéro-caséeuse bilatérale, etc... Il résulte de ses recherches que la pression veineuse ne paraît pas présenter de variations comparables entre elles suivant la forme clinique, suivant la pression artérielle, la fréquence du pouls, ou tout autre élément objectivement constatable ; il est donc impossible de l'utiliser de façon valable avant intervention. Il lui paraît que ces résultats décevants et contradictoires tiennent aux lacunes de la méthode elle-même.

G. Basch.

ZENTRALBLATT für GYNAKOLOGIE (Leipzig)

H. Steffan et **E. Strassmann** (Berlin). ***L'électrocardiogramme fœtal*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, nº 11, 18 Mars 1933). — Les essais d'obtention d'électrocardiogramme chez le fœtus humain *in utero* n'ont jusqu'ici donné que des résultats imparfaits. Par contre, en médecine vétérinaire, où le fœtus est beaucoup plus gros (cheval, veau), Nörr a, dès 1921, présenté des courbes indubitables d'électrocardiogramme fœtal.

A l'aide d'un appareil fabriqué par Siemens, plus sensible que ceux connus jusqu'à ce jour, S. et S., utilisant des électrodes en argent maintenues par des bandes imbibées de sérum placées sur les côtés du ventre et sur la cuisse, ont pu mettre en évidence sur l'électrocardiogramme de la mère des crochets négatifs, durant un quarantième de seconde environ, ayant une amplitude de 1 à 1 1/2 millimètre et se reproduisant régulièrement toutes les demi-secondes avec une amplitude et une durée constantes.

Desmarest.

B. Zondek et **K. Grunsfeld** (Berlin-Spandau). ***Le traitement de la pyémie puerpérale par les injections continues intra-veineuses de glycose-alcool*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, nº 12, 25 Mars 1933). — Z. et G. injectent chaque jour à leurs infectées puerpérales 2 litres 1/2 d'eau contenant 120 gr. de glycose et 48 cmc d'alcool. Ce mélange fournissant à l'organisme 828 calories leur permet de conserver leur capacité de résistance et lutte contre l'affaiblissement des malades infectées qui, privées d'appétit, vomissent souvent dès qu'on essaie de les alimenter. Ce traitement employé seul par Z. et G. agit favorablement sur le cœur et les vaisseaux. Quand l'utérus a été évacué, dès que la malade a eu 1 ou au maximum 2 frissons, Z. et G. instituent le traitement sans se soucier du contrôle bactériologique et le continuent jusqu'à la guérison. C'est ainsi que, chez une malade, ils ont été amenés en 16 jours à injecter en tout près de 21 litres d'eau, 1.045 gr. de sucre et 308 cmc d'alcool.

Sur 411 cas d'avortement fébrile, 20 ont été traités suivant la méthode des injections de glycose-alcoolisé (Z. et G. n'ont pris que les cas les plus graves). Deux femmes avaient un ictère infectieux, 10 étaient extrêmement anémiées, un cas avait trait à une endocardite avec une arthrite suppurée, abcès multiples, et escarre sacrée ; enfin, les deux dernières malades eurent d'emblée après l'avortement un état général très mauvais.

Pour Z. et G., il faut que les malades aient les signes d'une infection généralisée pour que le traitement soit indiqué. Sur les 20 cas traités, 15 ont guéri et c'est là un résultat remarquable.

Dans deux des 20 cas de septicémie puerpérale avec fièvre continue entre 39° et 41°, *sans frisson*, les injections de sérum glycosé-alcoolisé n'ont donné aucun résultat.

Enfin, Z. et G. pensent que si le traitement étant institué, les frissons se produisent à nouveau, il est préférable de recourir à la ligature veineuse.

Desmarest.

H. Nevinny (Innsbruck). ***La mort par syphilis congénitale avec séro-réaction négative chez la mère*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, nº 16, 22 Avril 1933). — Sur 8.425 enfants nés à la clinique d'Innsbruck en dix années, 43 sont morts de syphilis congénitale. L'étude du sang de 35 mères se montra huit fois négative et deux fois partiellement négative. Fait important sur lequel N. attire l'attention, car on pourrait prendre comme donneur dans un cas de transfusion, ou comme nourrice, une femme dont l'étude du sérum sanguin faite avec le plus grand soin aurait été négative ou douteuse et la femme serait cependant en état de syphilis latente.

Il importe donc de toujours examiner avec soin les produits de la conception et d'en faire au besoin une minutieuse étude nécropsique pour être assuré que la syphilis congénitale n'est pas la cause de la mort.

Desmarest.

P. Feldweg (Stuttgart). ***Chez quelles femmes doit-on pratiquer la castration par les rayons X?*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, nº 17, 29 Avril 1933). — Plaidoyer intelligent en faveur de la radio-castration dans le traitement des hémorragies des fibromes et de la ménopause, basé sur une statistique de 6.000 cas. Pour F., les troubles observés ne sont ni plus nombreux, ni plus fréquents que ceux de la ménopause naturelle. Comme ces derniers, ils sont fonction du terrain.

Les asthéniques maigres, les hyperthyroïdiennes, supportent particulièrement bien la radio-castration.

Il faut la rejeter dans les cas de femmes robustes et bien équilibrées. Les hypothyroïdiennes la supportent mal et elle est totalement contre-indiquée chez les femmes neurasthéniques, psychopathes et *a fortiori* chez les aliénés.

Il nous semble qu'il existe actuellement des traitements opothérapiques qui permettent de lutter avec avantage contre les hémorragies des fibromes et de la ménopause et qui sont appelés à restreindre l'emploi des radiations.

Desmarest.

F. G. Dietel (Heidelberg). ***Influence de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse et de la thyroxine sur la lactation*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, nº 21, 27 Mai 1933). — On sait, depuis les recherches d'Otto et de Scott en 1910, que l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse active la sécrétion lactée. L'action du lobe antérieur de l'hypophyse d'après Grüter et Stricker, celle du prolan d'après Zondek serait identique, et D. a pu, chez des femmes qui avaient très peu de lait, obtenir des résultats très satisfaisants à l'aide de Pituglandol, donné en lavement, à la dose maximum de neuf unités par jour. Contre-indication : les éclamptiques et les névropathes.

D., comme antagoniste, recommande la thyroxine donnée dès le lendemain de la délivrance à la dose de trois tablettes par jour. Les seins étant comprimés, l'emploi de la thyroxine empêche la montée de lait.

D. a appliqué cette médication cinq fois chez des femmes ayant perdu leur enfant pendant l'accouchement et dix fois après des avortements entre le troisième et le sixième mois, avec un seul insuccès.

Desmarest.

C. Karg (Munich). ***La conception après radiumthérapie intra-utérine dans la métropathie hémorragique*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LVII, nº 22, 3 Juin 1933). — L'application de radium dans les métropathies hémorragiques suspend les règles pendant un temps variable, puis dès que les règles réapparaissent la fécondation devient possible, mais, fait important, dans le cas de K. ainsi que dans celui de Siegert publié dans le nº 7 du *Zentralblatt für Gynäkologie* (1933), l'évolution normale de la grossesse fut impossible. La malade de S. succomba à une septicémie secondaire à l'avortement. La malade de K., traitée par le radium à l'âge de 18 ans, revit ses règles cinq mois après. Elle fut ensuite quatre fois enceinte en peu de temps, mais chaque grossesse, à son grand désespoir, aboutit à une fausse couche.

Pour K., les applications de radium pour métropathie hémorragique chez les jeunes femmes ne seront pas sans inconvénient tant qu'on ne sera pas parvenu, par une filtration appropriée, à n'agir que sur la muqueuse utérine en laissant intact le fonctionnement des ovaires. On est en droit de se demander si les accidents abortifs ne sont pas dus à une altération de la muqueuse utérine qui, tout en permettant la nidation de l'œuf, entrave son développement normal.

Desmarest.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

M. R. Castex, L. E. Ontedana, F. M. Solanet. ***La cisternothérapie. Technique des injections dans la grande citerne*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, nº 32, 9 Août 1933). — L'injection de substances médicamenteuses dans les espaces sous-arachnoïdiens et ventriculaires permet de tourner la barrière hémo-encéphalique, laquelle s'oppose au passage les éléments du sang dans le névraxe.

Par la voie lombaire habituelle, les substances injectées parviennent difficilement, à concentration utile, au contact des centres encéphaliques. Leur ascension est contrariée par la pesanteur, la circulation de haut en bas du liquide.

La grande citerne communique immédiatement avec les ventricules (par le trou de Magendie) et les espaces sous-arachnoïdiens craniens et rachidiens. Les colorants qu'on y injecte chez le cadavre se répartissent d'une manière homogène.

En thérapeutique humaine, l'on y a injecté avec succès, le sujet couché sur le ventre, tête fléchie, des sérums (anti-tétanique, anti-méningococcique, anti-pneumococcique), des agents neurotropes (caféine, lobéline, luminal sodique), ou chimiothérapiques (quinine, trypaflavine).

C. O. et S. administrent par cette voie le « sérum salvarsanisé », sérum du sujet, recueilli dans un appareil spécial, inactivé, et salvarsanisé *in vitro*.

Exposé détaillé de la technique de l'injection cisternale.

G. d'Heucqueville.

R. A. Bullrich. ***Les différences posturales de la pression veineuse à l'état normal et pathologique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, nº 33, 16 Août 1933). — B. complète les résultats acquis dans l'étude des variations posturales de la tension artérielle des cardiaques par une enquête sur les variations posturales veineuses.

La pression veineuse est mesurée directement par un manomètre (métallique ou à eau), mis en communication directe avec la veine.

Les auteurs s'accordent pour fixer à 12 cm. d'eau la valeur normale moyenne de la pression veineuse au bras, en position horizontale. Elle s'élève jusqu'à 20, 30 et au dessus chez les obèses, les insuffisants aortiques, les cardio-rénaux, dans la symphyse péricardique, l'asystolie confirmée.

Chez ces malades, les variations avec la position du membre sont plus accentuées que chez les sujets sains : elles dépassent d'ordinaire 5 cm. quand le membre passe de la position horizontale à la verticale.

G. d'Heucqueville.

M. R. Castex et **A. F. Arnaudo.** ***Dosage des phénols dans le liquide céphalo-rachidien*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, nº 35, 30 Août

1933). — Les phénols du liquide céphalo-rachidien sont des acides aminés, insolubles dans l'éther, libres ou combinés, comme la tyrosine.

La méthode de Theis et Benedict, utilisée pour le dosage des phénols dans le sang, s'applique au liquide céphalo-rachidien. Les auteurs opèrent sur 10 cmc de liquide.

Le liquide normal contient environ 0 milligr. 3 de phénols libres pour 100 cmc, taux égal au quart environ de celui du sang. Dans les affections nerveuses organiques, la paralysie générale en particulier, l'on n'a pas noté de modifications appréciables de ce taux.

G. d'Heucqueville.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE CLINICA QUIRURGICA (Buenos-Aires)

M. A. Gordon et **M. E. Jorg.** ***L'innervation sensitive de la dentine humaine*** (*Boletin del Instituto de clinica quirurgica*, t. IX, n° 73, 1933). — Etude anatomique, illustrée de 30 microphotographies originales.

G. et J. étudient d'abord le plexus de Raschkow. ou zone indifférente de Weil, par une technique nouvelle: décalcification préalable par l'acide nitrique, imprégnation argentique de Bielchowski, etc... Les préparations montrent dans cette zone la présence de nombreux filets nerveux, myéliniques et amyéliniques, ne constituant pas un plexus vrai.

Dans la zone dentinogène, les microfibrilles se développent parallèlement à la ligne dentino-odontoblastique. Elles décrivent souvent un trajet arqué, réfléchi.

Le problème des terminaisons nerveuses reste obscur. Peut-être la sensibilité se transmet-elle par les ions calciques jusqu'aux arcades nerveuses du dentinogène.

G. d'Heucqueville.

THE LANCET (Londres)

Oriel. ***Observations nouvelles sur la biochimie des asthmatiques*** (*The Lancet*, n° 5738, 19 Août 1933). — En 1930, Barber et O. ont montré qu'il existait une substance aminée appelée par eux protéose dans l'urine pendant les paroxysmes allergiques.

Cette protéose existe également chez les gens normaux. Est-elle la même chez les asthmatiques? Est-elle chez eux simplement excrétée en plus grande quantité? Par la méthode des intradermo-réactions, on était arrivé déjà à montrer que la protéose des asthmatiques était différente de la protéose des gens normaux.

En traitant la protéose des asthmatiques et celle des gens normaux successivement par l'acide acétique, l'acide trichloracétique et l'alcool et en pratiquant des tests cutanés. O. a pu voir que ces deux protéoses étaient différentes.

Au point de vue thérapeutique, O. traita 70 asthmatiques par des injections sous-cutanées de protéose à doses croissantes. La dose initiale, infiniment petite, était de 1 cmc d'une solution au dixième de la dose capable de donner un test cutané positif. Les injections étaient répétées chaque semaine en augmentant d'un centicube. 70 pour 100 des asthmatiques sensibilisés aux protéines et 27 pour 100 seulement d'asthmatiques non sensibilisés aux protéines furent améliorés. Ces résultats furent obtenus sans autre médication adjuvante.

André Plichet.

I. M. Orr. ***Cancer de la bouche dû à l'usage du bétel au Travancore*** (*The Lancet*, n° 5741, 9 Septembre 1933). — Les cancers de la bouche sont extrêmement fréquents dans les villes et villages du bord de la mer dans l'Inde, et surtout dans le district de Travancore. Au contraire, dans les pays montagneux, cette forme de cancer n'est pas plus fréquente que dans les autres pays d'Orient et pourtant la même race d'hommes habite la plaine et les plateaux. Cela tient suivant O. à ce que le tabac et le bétel ont des qualités très irritantes dans ces pays de plaines, à ce que ces gens, de condition inférieure, gardent pendant la journée entière leur chique dans la bouche, au lieu de la recracher au bout de quelques minutes, à ce que la nourriture des classes pauvres est constituée exclusivement de riz et de tapioca sans protéines et sans vitamines. Il faut noter le bon effet des aiguilles de radium dans tous les cancers de la face interne des joues quand ils sont pris dès leur début.

André Plichet.

H. Evans. ***L'encéphalopathie hypertensive dans les néphrites*** (*The Lancet* n° 5741, 9 Septembre 1933). — E. rapporte neuf cas d'encéphalopathie hypertensive au cours de néphrites dont 7 dans des cas de néphrite aiguë. Le syndrome est sans rapport avec la vraie urémie, bien qu'ils soient souvent associés. La céphalée, les convulsions, le coma, l'amaurose peuvent se voir, d'après Volhard, en dehors de l'insuffisance rénale. On les rencontre notamment dans le saturnisme et dans l'éclampsie. Le fait que de tels symptômes peuvent apparaître dans l'hypertension, en dehors de toute anurie, sont une bonne raison pour ne pas les ranger dans les manifestations de l'urémie toxique. Pour E. l'encéphalopathie est caractérisée par les symptômes suivants: hypertension artérielle, céphalée, bouffissure de la face, anémie modérée, vomissements, crises nerveuses, coma, troubles cérébraux alternant avec le coma, amaurose, neuro-rétinite, rigidité de la nuque, saillie des veines de la tête et du cou, température, ralentissement de la respiration et tachycardie, urée sanguine pouvant s'élever jusqu'à 0,80, hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ces symptômes sont sans relation avec la rétention azotée et sont dus à l'œdème cérébral et à l'ischémie des centres nerveux par spasme des artérioles cérébrales. Mais dans les cas où coexiste l'urémie, il est difficile de dire ce qui appartient à l'une et à l'autre des étiologies.

Le traitement consiste essentiellement dans la saignée abondante et dans la ponction lombaire. Dans les cas d'anémie marquée contre-indiquant la saignée, on pourra faire des injections intraveineuses de solution salée hypertonique ou de sulfate de magnésie. Pour calmer les crises, la morphine; en cas d'œdème aigu du poumon, saignée, injection intra-veineuse de strophantine et injection sous-cutanée de morphine et d'atropine, digitalisation consécutive.

André Plichet.

P. Schultzer. ***Le traitement du scorbut chez l'homme par des injections intraveineuses d'acide ascorbic*** (*The Lancet*, n° 5741, 9 Septembre 1933). — En 1932, en Angleterre et en Amérique, plusieurs auteurs publièrent des travaux sur l'action de l'acide hexuronique qui avait été découvert par Szent-Györgyi en 1927 et isolé par eux de certaines plantes et de la corticale de la surrénale. En 1933, pour des raisons chimiques, Szent-Györgyi et Haworth changèrent le nom de cette substance en acide ascorbic. Cet acide a les mêmes réactions chimiques et biologiques que la vitamine C. Un demi à un milligr. d'acide ascorbic correspond à 1 cmc 5 de jus de citron décitraté, ce qui est la dose protectrice pour un cobaye soumis à la carence de vitamine C. Des accidents scorbutiques se développaient chez un homme de 63 ans, dont le régime, à cause de son état de santé, était déficient en vitamines C. A l'hôpital, où il était en traitement pour une gastrite alcoolique, son état empira et les symptômes s'aggravèrent. Des injections intra-veineuses journalières de 40 milligr. d'acide ascorbic furent faites sans qu'on changeât son régime toujours carencé en vitamines C. Au bout de 8 jours, il y eut une grande amélioration, on ne fit plus les injections que tous les deux jours et, 20 jours après le commencement de celles-ci, le malade sortit de l'hôpital guéri.

Cette dose quotidienne de 40 milligr. d'acide ascorbic correspond à 120 cmc de jus de citron ou d'orange. Dans la marine anglaise on considère que 30 cmc de jus d'orange pris par la bouche sont suffisants pour protéger contre le scorbut. Il semble que l'acide ascorbic agisse aussi bien par la voie buccale.

André Plichet.

R. F. Olgivie et **C. E. Van Royen.** ***Le test de Gordon dans la maladie de Hodgkin*** (*The Lancet*, n° 5742, 16 Septembre 1933). — Il s'agit d'une femme qui mourut d'un syndrome médiastinal, amélioré pendant un certain temps par la radiothérapie. On avait hésité pendant sa vie entre les diagnostics suivants: maladie de Hogdkin, cancer du poumon, sarcome du médiastin. Les hésitations ne furent pas levées par l'autopsie. On injecta une émulsion de ces tissus dans du bouillon, dans la substance cérébrale et dans la veine marginale de lapins qui devinrent paraplégiques dans les 48 heures. L'examen bactériologique et microscopique ne révéla aucun germe dans le cerveau des animaux. 8 jours après, on avait la réponse de l'examen histologique des pièces prélevées à l'autopsie. La présence de cellules géantes confirmait le diagnostic qui avait été fait par le test de Gordon.

André Plichet.

Elkington et **Goldblatt.** ***Les effets de l'adrénaline dans certaines affections musculaires*** (*The Lancet*, n° 5743, 23 Septembre 1933). — Certaines théories pathogéniques des affections musculaires font jouer un rôle aux fibres musculaires innervées par le sympathique.

E. et G. ont étudié, dans ces maladies, la réponse musculaire à une excitation du sympathique. On sait que l'injection sous-cutanée d'adrénaline amène une élévation brusque dans le sang de l'acide lactique provenant lui-même du glycogène du muscle. Cette action de l'adrénaline est due soit à l'excitation du sympathique, soit à une action directe sur les cellules musculaires. Dans les affections du muscle, il importe peu d'ailleurs que l'action de l'adrénaline soit due à telle où telle cause.

Dans 3 cas d'atrophie musculaire progressive, dans 3 cas de myasthénie et dans des cas témoins, la réponse fut la même, c'est-à-dire une élévation du taux d'acide lactique de 11 à 13 milligr. par 100 centimètres cubes dans la première heure, une élévation encore sensible de 3 à 5 milligr. dans la seconde heure et un retour à la valeur initiale à la troisième heure.

Dans les cas de dystrophie myotonique et dans les myopathies, l'élévation fut de 5 à 7 milligr. à la première heure et de 3 milligr. dans la seconde heure.

L'élévation du taux du sucre dans le sang fut de courte durée, sauf pour les cas témoins et pour les cas de dystrophie myotonique. Dans ces cas, on nota une augmentation de 21 à 24 milligr. par 100 centimètres cubes dans les 3 heures qui suivirent l'injection.

Aucune conclusion ne peut être tirée de ces chiffres, sauf que la réponse lactique à l'injection d'adrénaline est troublée dans les myopathies et les dystrophies myotoniques.

André Plichet.


ANUSOL
HÉMORROIDES - PROSTATITES
(Un suppositoire matin et soir)
SUPPOSITOIRES ET POMMADE
Laboratoires MIALHE
8, rue Favart, PARIS

Christine Pillmann Williams. ***Le métabolisme des hydrates de carbone dans les avortements inexpliqués*** (*The Lancet*, n° 5746, 14 Octobre 1933). — Un certain nombre de femmes ayant fait des avortements spontanés dont la cause restait inconnue ont été examinées au point de vue de leur tolérance pour le sucre. Chez 90 pour 100 d'entre elles, enceintes de nouveau ou non, la tolérance pour les hydrates de carbone était considérablement diminuée. Aucune de ces femmes n'avait pu mener sa grossesse à terme. Un essai de traitement par de petites doses journalières d'insuline donna le résultat suivant : sur 19, 11 eurent un enfant vivant, à terme, 1 eut un prématuré, 2 avortèrent, 3 eurent une fausse couche ; on ne connaît pas le résultat chez les 2 dernières.

Pour l'explication de cette intolérance pour le sucre, on peut envisager l'hypothèse de l'action inhibitrice du corps jaune sur le métabolisme des hydrates de carbone.

André Plichet.

I. K. Gayid et H. Camb. ***La vaccination méningococcique dans la fièvre cérébro-spinale*** (*The Lancet*, n° 5748, 28 Octobre 1933). — La méningite cérébro-spinale fut très fréquente en Basse-Egypte durant les trois premiers mois de 1932. L'évolution de la maladie se faisait très rapidement en 8 jours, soit vers la mort, soit vers la guérison. Les quelques cas devenant chroniques se terminèrent par la mort. Malgré le traitement intensif par la ponction lombaire et le sérum anti-méningococcique, au mois de Mars, l'épidémie ne semblait pas en régression. On pensa alors à se servir d'un vaccin méningococcique.

Il résulte des observations portant sur plus de 200 cas que l'usage du vaccin donne de bons résultats dans les cas subaigus et chroniques, dans les complications inflammatoires (arthrites et pleurésies) et dans les cas où le sérum n'a pas d'action, dans les complications nerveuses et oculaires. Dans les cas suraigus, au début, la sérothérapie est plus efficace, sérothérapie intrarachidienne et intraveineuse. L'adrénaline, en injection sous-cutanée, doit être administrée également pour prévenir les accidents anaphylactiques.

André Plichet.

FUKUOKA IKWADAIKU-ZASSI FUKUOKA ACTA MEDICA

Yonegama. ***Les troubles végétatifs dans la cyclophrénie, la schizophrénie et l'hystérie*** (*Fukuoka Ikwadaiku-zassi, Fukuoka acta medica*), t. XXVI, n° 8, Août 1933). — Y. rapporte 164 cas de psychonévroses dans lesquelles il a étudié les troubles végétatifs par les procédés physiques, cliniques et les méthodes pharmacodynamiques.

1° Dans la cyclophrénie, les résultats sont les suivants : états dépressifs (12 cas) ; sympathicotonie simple, mélancolie présénile (15 cas) ; amphotonie, états maniaques (21 cas), hypovagotonie légère.

Ces troubles expliquent l'angoisse précordiale et l'instabilité psychomotrice de la mélancolie présénile s'opposant à la suppression des réactions psychomotrices dès états dépressifs.

Les troubles végétatifs et l'aspect clinique se rapprochent beaucoup dans la mélancolie présénile et la neurasthénie.

Les troubles végétatifs sont plus confus et plus minimes dans les états maniaques que dans les états dépressifs.

La guérison fait disparaître les troubles végétatifs.

2° Dans la schizophrénie, Y. trouve :

Hébéphrénie (23 cas). Sympathicotonie avec vagotonie. Catatonie (27 cas). Vagotonie. Schizophrénie ancienne chez des sujets de plus de 40 ans. Hypotonie complète ou état normal.

3° Epilepsie avec crises convulsives grandes et petites (43 cas). *a*) Hypertonie de tout le système nerveux végétatif : 50 pour 100 des cas. *b*) Sympathicotonie légère avec hypovagotonie : 30 pour 100. Epilepsie avec équivalents psychiques (7 cas). Sympathicotonie légère avec hypovagotonie.

Le tonus végétatif est à son plus haut point au cours du paroxysme convulsif. Il se décharge après l'attaque et se transforme en un état d'hypovagotonie. L'existence d'une labilité élevée entre les paroxysmes est une preuve certaine de l'aptitude convulsivante.

4° Dans l'hystérie, il existe constamment une légère sympathicotonie fréquemment combinée avec de la vagotonie.

H. Schaeffer.

MISCAREA MEDICALA ROMANIA (Bucarest)

Axente Jancou et J. Uleia. ***La phase négative du traitement par les rayons ultra-violets*** (*Miscarea Medicala Romania*, t. VI, n°s 3-4, Mars-Avril 1933). — Les rayons ultra-violets rendent des services incontestables en thérapeutique infantile ; J. et U. ont étudié 100 enfants à ce point de vue. Ils ont trouvé des troubles variés qui peuvent se classer ainsi :

1° Une *fièvre*, qui apparaît chez les enfants qui n'ont jamais eu de température ; ou bien elle augmente chez les subfébriles.

2° Des troubles de la *courbe du poids* : les uns diminuent de poids, les autres restent stationnaires, au cours des premières séances.

3° Des selles dyspeptiques ou aggravation d'un état dyspeptique antérieur.

4° Enfin, une *aggravation* de certaines affections chroniques antérieures : otites, dyspepsies, etc.

C'est ce que les auteurs appellent la phase négative de l'actinothérapie.

Henri Krauter.

NORDISK MEDICINSK TIDSKRIFT (Upsala)

O. Berner. ***Quelles altérations trouve-t-on dans le cerveau après un traumatisme céphalique suivi de mort?*** (*Nordisk medicinsk Tidskrift*, n° 40, 7 Octobre 1933). — Breslauer a examiné 42 cas de traumatismes céphaliques autopsiés à l'Institut pathologique de l'hôpital Ullevaal, de 1930 à 1933.

Il conclut de ses recherches que le coma et les signes d'hypertension intra-cranienne sont des symptômes de lésions locales de la moelle oblongue et du Pont de Varole.

B. a examiné sutout ces 42 cas au point de vue des hémorragies dans le quatrième ventricule.

Après avoir extériorisé le cerveau, il ouvre avec précaution les ventricules latéraux pour regarder s'il y a du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Tout de suite après, on fixe la pièce au formol.

Dans 25 cas B. a trouvé des hémorragies macroscopiques en forme de lésion de Duret. La plupart de ses hémorragies se trouvaient sur le plancher du IVe ventricule ou devant l'aqueduc de Sylvius. Plus rarement il a trouvé des ecchymoses sous-épendymaires dans le IIIe ventricule ou dans les ventricules latéraux.

Les hémorragies dans le IVe ventricule étaient presque toujours latérales.

Quant au reste des cas B a trouvé des hémorragies microscopiques dans les mêmes régions du cerveau. Ces hémorragies sont caractérisées par leur infiltration tissulaire.

B. les croit surtout constituées par des diapédèses n'ayant jamais trouvé de lésions de continuité dans le plancher du IVe ventricule, au cours de ses examens microscopiques.

B. est d'avis que des hémorragies de Duret, même microscopiques, sont mortelles, non à cause de leur étendue, mais parce qu'elles se produisent dans des centres d'importance vitale.

Erling Hammerstad.

H. Jacobœus. ***L'emploi et l'effet des injections intraveineuses de morphine*** (*Nordisk medicinsk Tidskrift*, n° 40, 7 Octobre 1933). — J. a employé le chlorhydrate de morphine et le citrate de morphine. Il considère que ce dernier a un effet plus durable et donne de meilleurs résultats thérapeutiques.

J. a employé la morphine intraveineuse dans des cancers inopérables, et dans quelques cas de coliques hépatiques.

L'effet est plus rapide et de durée plus longue que celui des injections ordinaires et le médicament peut être employé à des doses considérablement moindres.

Dans les cas de cancers inopérables, J. a d'abord employé la morphine en injections sous-cutanées jusqu'à ce que cette application ne donne plus de soulagement aux douleurs ; il fait ensuite des injections de morphine intraveineuse à des doses de 1 à 4 centigr. qui ont toujours déterminé une sédation complète des douleurs.

Dans les coliques hépatiques, un centigramme par voie intraveineuse a calmé des douleurs sur lesquelles l'injection sous-cutanée était restée sans effet.

Erling Hammerstad.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. Gamstedt. ***Invagination illiaque dans un cas de purpura de Henoch*** (*Acta chirurgica Scandinavica*, t. LXXIII, n° 3, 9 Septembre 1933). — Chez une petite fille de 7 ans, bien portante jusque-là, apparurent des taches purpuriques pétéchiales sur les membres, sans hémorragies muqueuses et sans fièvre. 8 jours après, des douleurs abdominales intenses avec vomissements, toujours sans fièvre, attirèrent l'attention sur l'abdomen qui, souple, présentait une très vive sensibilité dans la région ombilicale. Les crises douloureuses périombilicales et les vomissements se répétant, on intervint chirurgicalement. Il s'agissait d'une invagination intestinale située à 15 cm. environ au-dessus de la valvule de Bauhin. Après désinvagination, le cylindre extérieur paraissant déjà altéré, 130 cm. d'intestins furent réséqués. L'état général resta grave plusieurs jours après l'intervention, il y eut de nouvelles poussées d'hémorragies cutanées, mais tout finit par rentrer dans l'ordre. L'état hémorragique ne paraissait pas grave : le temps de saignement, le temps de coagulation et le nombre des thrombocytes étaient normaux. Il est possible cependant que des hémorragies intestinales, retrouvées à l'intervention, aient influé sur la motilité de l'intestin et causé l'invagination.

R. Clément.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

M. Brocq-Rousseau. *Les empoisonnements par la rhubarbe* (*Le Progrès médical*, n° 49, 6 Décembre 1933). — Il existe dans la littérature 13 cas d'accidents rénaux et intestinaux, plus ou moins graves, provoqués par l'ingestion de rhubarbe, 5 ayant abouti à la mort. Le plus souvent, il s'agit de crampes intestinales, de coliques avec diarrhée, d'oligurie avec albuminurie et oxalurie abondantes. Dans un cas de Loeper, l'oxalémie était de 0 gr. 037 pour 1.000.

Les accidents sont attribués à l'acide oxalique et aux oxalates; l'oxalate de potasse est toxique à la dose de 12 à 30 gr., mais cette dose peut descendre à 5 gr. Ce qui paraît particulièrement dangereux, c'est l'ingestion de feuilles de rhubarbe avec leur limbe, consommées à la place d'épinards ou sous forme de compote. La racine utilisée comme purgatif, les côtes au point de vue alimentaire semblent moins dangereuses.

Robert Clément.

Carle (Lyon). ***Sur une dermatose d'origine acarienne. L'aoutat et ses méfaits*** (*Le Progrès médical*, n° 51, 16 Décembre 1933). — Les premiers symptômes surviennent 24 heures après une promenade dans les champs ou dans les jardins durant les mois d'été: sensation de cuisson prurigineuse en un ou plusieurs points, surtout au niveau des jambes, qui entraîne irrésistiblement le grattage; au début, il y a une auréole érythémateuse autour d'un point plus rouge, presque imperceptible à l'œil nu. Les bords de cette auréole sont déchiquetés avec des prolongements analogues à ceux d'une lymphangite réticulaire. Dans les heures qui suivent, apparaissent des papules érythémateuses au niveau des cuisses, puis de l'abdomen, particulièrement au-dessus de la ceinture et au niveau des lombes. Si la thérapeutique est nulle ou nocive, si le grattage s'exerce sans retenue, les mêmes éléments pourront envahir tout le corps. Dès le troisième jour, la période d'état est constituée, mais il faut au moins 8 jours pour que le prurit diminue et que les rougeurs s'effacent, laissant persister longtemps les taches pigmentaires. Le grattage ou les soins intempestifs peuvent entraîner des complications: eczématisation, vésiculisation.

Cette dermatose est due à un acare, baptisé Leptus automnalis, qu'on peut trouver sur presque toutes les plantes, mais qui les abandonne avec la plus grande facilité pour se cramponner à la peau des mammifères et enfoncer son rostre dans les orifices pilaires.

La contagion ne se fait pas entre humains et il n'est pas besoin d'employer de désinfectants spéciaux pour les vêtements ou la literie.

Le meilleur traitement consiste en des frictions bi-quotidiennes à la benzine rectifiée ou à l'essence minérale. Il faut avoir le courage de ne pas se gratter. On peut arrêter la première invasion en déchiquetant le petit point rouge surélevé avec une aiguille flambée et en frottant avec un tampon imbibé de benzine.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

Cornelia de Lange (Amsterdam). ***Sur un type nouveau de dégénération*** (*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVI, n° 12, Décembre 1933). — C. de L. publie deux observations personnelles d'un type de dégénération qui lui paraît inédit et qu'il dénomme : *typus amstelodamensis.*

Les symptômes obligatoires de ce type seraient : la débilité mentale, le chétivisme (naissance à terme avec poids inférieur restant bien au-dessous de la moyenne), la brachycéphalie, les sourcils et les cils hypertrophiés, la petitesse des mains et des pieds, la position proximale du pouce et de l'éminence thénar, la position basse des oreilles, la syndactylie des orteils.

Les symptômes accidentels seraient : l'hirsutisme du front, la voûte palatine ogivale, le petit doigt en crochet, la micromélie humérale.

Tout en isolant ce type, C. de L. signale qu'il présente des traits communs avec d'autres types de dystrophies : *le petit doigt en crochet* incurvé vers l'annulaire de l'idiotie mongolienne, de la pléonostéose familiale de Lévi et de la dysostosis multiplex (type Hurler); *la syndactylie* de l'acrocépho-syndactylie d'Apert et de l'hypertélorisme de Greig; *les narines en avant* de l'hypertélorisme de Greig; *les narines en avant* de l'hypertélorisme; la *micromélie humérale* de certaines idioties mongoliennes.

Les deux enfants observés par C. de L. ne sont pas apparentés et aucun membre de leur famille ne présente de dystrophie analogue.

G. Schreiber.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

J. Lhermitte et **J.-O. Trelles.** ***L'hypertrophie des olives bulbaires*** (*Encéphale*, t. XXVIII, n° 8, Septembre-Octobre 1933). — Etude anatomique et clinique de l'hypertrophie des olives bulbaires. Les méthodes myéliniques la mettent en évidence. Dans la technique de Nissl, les cellules et les noyaux paraissent augmentés de volume. Imprégnés par l'argent, les dendrites s'épanouissent en végétation touffue. Au terme de l'évolution du processus morbide, ces ramifications dendritiques demeurent, alors que le cytoplasme, hypertrophié, a complètement dégénéré.

Winckler a soutenu récemment que l'hypertrophie olivaire apparaissait secondairement à la dégénérescence des faisceaux de l'olive, notamment du faisceau pallido-olivaire. La lésion du faisceau central de la calotte est inconstante.

On a invoqué, pour rendre compte des altérations olivaires, des lésions des vaisseaux de la région. Plus souvent, l'hypertrophie représente la réaction des cellules de l'olive contre des processus irritatifs, réactions comparables à celles des cellules des ganglions rachidiens.

G. d'Heucqueville.

H. Claude, F. Coste, J. Valtis et **F. Van Deinse.** ***Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce*** (*Encéphale*, t. XXVIII, n° 8, Septembre-Octobre 1933). — Peu de problèmes pathologiques ont été aussi discutés que celui de l'étiologie tuberculeuse de la démence précoce. Les études expérimentales entreprises ont donné jusqu'à ce jour des résultats peu concordants.

Les auteurs considèrent qu'une intoxication d'origine tuberculeuse, agissant sur les centres, peut déterminer un syndrome hébéphréno-catatonique. Reprenant les recherches expérimentales, ils ont injecté à des cobayes le sang et le liquide céphalo-rachidien de 19 sujets, hébéphréno-catatoniques, non cliniquement tuberculeux; et, comparativement, de 8 psychopathes témoins, non atteints d'hébéphrénie.

Sur les 19 cobayes inoculés avec les humeurs des déments précoces, 12 ont succombé à des lésions tuberculeuses, soit plus des deux tiers. L'inoculation à partir des témoins est au contraire demeurée négative.

Les bacilles ont été mis en évidence seulement par un traitement à l'extrait acétonique, comme les virus de faible pouvoir pathogène.

Ainsi le liquide céphalo-rachidien de ces malades était infecté par un ultra-virus tuberculeux, en l'absence de toute réaction méningée clinique ou biologique. Le système nerveux paraît sensible électivement à cette infection tuberculeuse peu virulente, comme d'ailleurs à l'infection syphilitique atténuée de la paralysie générale.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

J. Gavrila et **A. Moga** (Cluj). ***L'acidose dans les néphrites*** (*Journal d'Urologie*, t. XXXVI, n° 3, Septembre 1933). — Ce travail comprend un intéressant tableau donnant chez 60 malades atteints de néphrite les chiffres de la réserve alcaline, du pH, de l'azote total, de la créatinine et des chlorures du sang.

Dans les néphrites aiguës ou chroniques l'acidose est à peu près constante; elle est à peu près parallèle au degré de la rétention azotée et au degré de la créatininémie.

La lecture du tableau résumant les observations montre que sur 11 malades qui ont succombé, 9 étaient en acidose avec des pH variant de 7,06 à 7,30 et des réserves alcalines de 8 à 32 pour 100, 2 étaient en équilibre acido-basique à peu près normal avec des pH de 7,38 et 7,40 et des réserves alcalines de 50 et 56 pour 100.

Certains malades ont survécu après avoir eu des ph de 7,18 à 7,25 et des réserves alcalines de 18,20 et 26 pour 100, mais nous ne savons quelle a été la durée de leur survie.

Il est intéressant de noter que dans ces observations il y a toujours eu parallélisme entre les mouvements du pH et ceux de la réserve alcaline. L'abaissement de la réserve alcaline au-dessous de 30 pour 100 indique à peu près toujours un pronostic fatal à bref délai.

G. Wolfromm.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCREAS ET DE LA RATE
(Paris)

Maurice Villaret. ***L'opothérapie hépatique. Etat actuel de la question*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du poumon et de la rate*, t. VIII, n° 3, Mai-Juin 1933). — La question de l'opothérapie hépatique est aujourd'hui jugée. Elle représente une de nos thérapeutiques les plus utiles. Encore faut-il savoir l'appliquer selon de bonnes directives, ce qui éviterait bien des critiques injustifiées. C'est à fixer les données essentielles de la mise en œuvre de ce traitement qu'est consacré l'article de V. Il rappelle les indications principales, qui doivent être largement comprises, toutes les infections aiguës ou chroniques, toutes les interventions pouvant léser la cellule hépatique, en y comprenant certaines médications toxiques pour le foie, une série d'états (urticaires, dermatoses, œdèmes de Quincke, migraines) à la base desquels on retrouve systématiquement l'insuffisance hépatique, enfin les affections du foie telles que les cirrhoses, qui retentissent sur le fonction-

nement de la glande. L'extrait hépatique peut être employé à titre préventif (infections aiguës, traitements par les arsénobenzènes) ou curatif. Il est inutile d'insister sur son importance, au cours des anémies. Mais il convient d'administrer l'extrait non plus *per os*, mais par voie parentérale, et à doses considérables, au moyen de préparations concentrées, telle que celle utilisée par l'auteur, qui a pu employer des quantités jusqu'à 100 fois supérieures aux doses habituelles. Dans les cas de grande insuffisance (ictère grave), on devra non seulement augmenter la quantité d'extrait, mais employer, s'il le faut, la voie intra-veineuse. L'opothérapie hépatique paraît posséder surtout une action de suppléance, plus qu'un rôle de simple excitation. Malgré cela, le résultat dans les cas très graves n'est que momentané, et c'est toujours très précocement qu'il faut l'utiliser, d'une façon prolongée et suffisamment active.

A. Escalier.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Leclercq et **Ripert**. ***De la résistance de l'émail dentaire aux agents physiques. Action des acides. La salive et son pouvoir mouillant*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXV, n° 10, Octobre 1933). — Dans cet important mémoire, les auteurs précisent différents points de l'histologie de l'émail et des rapports de celui-ci avec le milieu buccal et l'ivoire. Ils ont notamment fait des recherches avec le microscope à éclairage oblique tangentiel et se sont appuyés sur tous les travaux récents dont ils donnent une bibliographie complète.

L'émail est un des tissus les plus difficiles à étudier. Sa structure et son histogénèse, malgré de nombreux travaux, restent à élucider. Cependant, il semble que la substance interprismatique soit un réticulum colloïdal qui joue un rôle prépondérant dans la formation et la conservation de l'émail. Elle est moins dure que les prismes calcifiés. Elle reçoit par l'intermédiaire des tubes dentinaires de la lymphe contenant des sels calcaires et des matières organiques, comme le montrent la perméabilité de l'émail à la safranine (Bodeker), l'imprégnation de l'émail par le plomb vérifié chez un homme empoisonné par ce métal (Gies), les expériences sur l'animal de Howe, de Pish. L'émail se comporte comme une substance semi-perméable. Sa vitalité serait encore prouvée par les méthodes électriques et osmotiques, par la variation de la teneur en sels calcaires de la dent au cours de la vie post-éruptive. Autrement dit l'émail serait doué d'un métabolisme particulier, mal éclairci, mais qui en fait un organe vivant et non une substance inerte. Par l'éclairage oblique, on peut se rendre compte que les stries de Schreger correspondent à des groupements de portion de l'émail et à la pénétration des tubes dentinaires dans l'émail qui se font parfois sur toute son épaisseur.

Dans une bouche d'adulte, la membrane de Nasmyth n'existerait plus et serait remplacée par un film bactérien albuminoïde.

En ce qui concerne la salive, sa tension est plus basse que celle de l'eau, ce qui est dû à la présence de mucine et d'ions calcaires qui retardent considérablement la floculation des albuminoïdes. La salive a donc un pouvoir mouillant plus considérable que l'eau. Le pH salivaire presque neutre ne peut être modifié que pendant quelques minutes, il revient vite à la normale. L'hypothèse d'un pouvoir neutralisant de la salive (Pickeril) est infirmée. Les variations du *ph* sont extrêmement faibles d'un sujet à un autre. Un afflux salivaire anormal est provoqué pour des raisons diverses sans que l'acidité intervienne nécessairement. La ptyaline est diminuée par l'introduction d'acide dans la bouche. La teneur en acidité que la bouche peut tolérer n'abaisse pas suffisamment le pH pour précipiter les matières albuminoïdes d'autant qu'il y a des sels de chaux. Au niveau de la dent se produisent des phénomènes de colmatage. La mucine et les microbes forment un film, tandis que les sels minéraux et les débris albuminoïdes constituent des conglomérats. Il est vraisemblable que la salive en solution sursaturée de sels minéraux abandonne de l'anhydride carbonique, d'où résulte la précipitation de particules colloïdales de phosphates qui sont adsorbées par les nids d'abeille de l'émail. L'introduction d'acide dans la bouche aboutit à la précipitation de la mucine et à la solubilisation des sels minéraux. Les acides dissolvent les sels de chaux de la dent, mettent en évidence les parties les plus riches en matières organiques. Les phénomènes sont plus intenses au niveau des surfaces d'usure, sur les dents à stries transversales au niveau des stries de Schreger et varient suivant que l'acide produit un composé soluble ou insoluble.

C. Ruppe.

Mahé, Dechaume, Chapard. ***Syndrome agranulocytaire post-arsénobenzolique*** (*Revue de stomatologie*, t. XXXV, n° 11, Novembre 1933). — Un malade, atteint d'un chancre syphilitique, reçoit une première série de novarsénobenzol. 2 semaines après, il présente des accidents buccaux qui le poussent à se faire extraire presque toutes les dents de sa mâchoire supérieure. Les plaies d'extraction restent noirâtres, comblées par du tissu qui ressemble à du tissu hépatique. Les dents inférieures s'ébranlent et les gencives vestibulaires offrent un aspect mortifié. On assiste à l'atteinte du système nerveux et de l'état général et à la chute rapide des globules blancs. En 5 jours, le pourcentage des polynucléaires passe de 26 pour 100 à 12 pour 100, celui des lymphocytes de 20 à 44 pour 100. La mort survient. En somme, il s'est agi d'un syndrome agranulocytaire après un traitement par le novarsénobenzol, avec prédominance de lésions buccales.

C. Ruppe.

Beliard et **Lebourg**. ***Syndrome agranulocytaire à début buccal. Guérison de l'ulcération buccale. Evolution vers un syndrome subleucémique avec anémie pernicieuse*** (*Revue de stomatologie*, t. XXXV, n° 11, Novembre 1933). — B. et L. rapportent l'observation intéressante d'un sujet dont la maladie débuta par des accidents sphacéliques de la muqueuse buccale, avec ébranlement des dents et nécrose osseuse. Ces lésions restèrent solitaires pendant quelques jours et ne coexistèrent pas avec une angine. Puis les signes hématologiques de l'agranulocytose apparurent, tandis que les lésions buccales s'amendaient et guérirent. Le syndrome agranulocytaire s'accentua et le malade fut emporté par une complication laryngée.

C. Ruppe.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

Popper (Vienne). ***Rupture spontanée de l'œsophage*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 24, 9 Juin 1933). — Cette affection est rarissime et P. en relate ici une observation spéciale :

Un homme de 45 ans, habituellement en bonne santé, après ingurgitation d'une assez grande quantité de vin (quoique ce ne soit pas un alcoolique chronique) se met à vomir, est pris d'une douleur atroce dans la région lombaire gauche. Amené à l'hôpital, il donne l'impression de suffoquer bien que les 2 hémithorax soient normaux, mais on constate une contracture épigastrique; pensant à un ulcus perforé, on laparotomise. On ne trouve absolument rien d'anormal et on referme. Quelques heures après, le malade se cyanose, étouffe et on constate un affaiblissement des bruits respiratoires de la base avec une résonance sympathique en haut du côté gauche.

Une radio pratiquée montre l'existence d'un hydrothorax gauche; on ponctionne la plèvre; on retire de l'air, puis 100 cmc d'un liquide brunâtre, de nombreux microbes (strepto hémolytique), mais au bout de quelques heures l'état s'aggrave et il meurt avant que l'on ait pu ponctionner de nouveau.

L'autopsie montre une déchirure transversale de la paroi antérieure de l'œsophage longue de 5 cm., située juste au-dessus du cardia.

L'examen histologique n'a rien révélé d'anormal.

Tous les cas précédemment relatés de rupture spontanée de l'œsophage se sont terminés par la mort. Il s'agissait le plus souvent d'alcooliques, hommes, les déchirures étaient verticales, situées sur la paroi postérieure de l'organe.

Les signes cliniques sont souvent des signes d'emprunt : pneumothorax, affection gastrique. Le diagnostic est rarement posé et s'il était posé on pourrait essayer de ligaturer et poser une sonde sur l'œsophage (Küttner).

Enfin, P. se demande pourquoi cette affection devient rarissime (30 cas avant 1914, 2 cas depuis) et pourquoi ne la trouve-t-on décrite que dans la littérature anglo-américaine.

Guy Hausser.

B. Leichtentritt (Breslau). ***Importance des amygdales et végétations adénoïdes à propos du développement des enfants*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 24, 9 Juin 1933). — A la suite de Jung, L. insiste sur l'importance du système lymphatique sur le développement des enfants. Il ne faut pas se cantonner au cercle de Waldeyer, mais à tout le système lymphatique de l'enfant dont le rôle serait : 1° de provoquer la lymphocytose; 2° de capter les corps étrangers introduits; 3° d'après Aschoff, de fabriquer de petits lymphocytes. Si l'amygdale est le siège d'une infection chronique, la production de lymphocytes cesse pour ne laisser place qu'à du reticulum et des macrophages (centre de réaction) et même après plusieurs infections consécutives, l'amygdale devient impuissante à réagir.

L. montre ensuite que l'on trouve sur les amygdales de nombreux microbes (strepto hémolytique, strepto viridans, pneumocoques, bacilles de Koch). Mais ces microbes se trouvent aussi bien sur des sujets apparemment sains que sur des malades, et L. explique qu'il y a un équilibre entre la fréquence des bactéries et la puissance des anticorps produits.

Mais ici, dans tous les cas, les germes pathogènes n'existent qu'à la superficie de l'amygdale, dans l'organe ils sont détruits. Il y aurait donc une sorte d'auto-stérilisation (von Pirket, Amersbach, Arnold Löwenstein).

Enfin, L. dit que la clinique est d'accord avec la théorie américaine faisant de la bouche et des amygdales le point de départ de nombreuses infections secondaires (système nerveux, reins, cœur).

Ensuite L. donne quelques mots sur la physiologie des amygdales qui auraient : un rôle endocrinien (jusqu'à la puberté), un rapport avec le métabolisme des hydrates de carbone, une action sur la fibre cardiaque, le foie, la rate, le pancréas.

Ce qui montre que les amygdales (et par extension tout le cercle de Waldeyer) sont en relation avec tout le système de la vie végétative d'un individu.

D'après Czerny, pour éviter la prolifération anormale du système lymphatique, il faudrait alors éviter de donner aux enfants du lait, des œufs, du sucre.

En Amérique, il paraîtrait que l'on amygdalectomise à outrance pour pouvoir tout de même

donner du lait aux enfants (Glover et Wilson: 18.000 cas, Albert Kayser: 20.000 cas). D'après ces auteurs, après amygdalectomie, il y aurait diminution des cas de diphtérie et de scarlatine, mais augmentation nette des otites, mastoïdites, bronchites, broncho-pneumonies.

Enfin, Breadford prétend que l'amygdalectomie n'a même aucun effet sur la diminution de fréquence de la scarlatine.

Leichtentritt termine en donnant les indications opératoires:

1° Chez le nourrisson: *a*) adénotomie si gêne respiratoire, infections avec température, otites; *b*) amygdalotomie seulement si gêne de la parole, déglutition et respiration; *c*) l'amygdalectomie est dangereuse chez le nourrisson.

2° Vers 2-3 ans, n'opérer que si on est forcé, car l'intervention est très délicate, conseiller plutôt le changement de climat (montagne).

3° En tout cas, opérer le plus tard possible (neuf ans, par exemple) pour éviter une réapparition des amygdales.

Enfin, L. est d'avis formel de n'opérer que les amygdales malades et de laisser tranquille les saines. Il mentionne que la radiothérapie a pu être employée dans plusieurs cas, mais elle est dangereuse.

Et L. conclut en affirmant à nouveau le devoir pour un médecin d'enfants de ne pas conseiller les amygdalectomies à outrance.

Guy Hausser.

E. Stransky (Vienne). ***A propos de la prophylaxie et de la thérapeutique de la coqueluche par le vaccin anticoquelucheux*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 24, 9 Juin 1933). — Les résultats de ce traitement sont très discutés.

Technique : prophylaxie, 3 injections; thérapeutique, 5 injections : elles sont faites tous les 2 jours. Contenance 3 à 8 milliards de bacilles. Les injections sont très bien supportées avec seulement une légère réaction locale.

Les résultats objectifs ont été difficiles à juger d'après l'évolution même de l'affection. Sur 35 cas il y a 4 échecs. Mais S. dit que la coqueluche peut apparaître mais qu'alors son évolution est nettement écourtée. Peut être les échecs pourraient-ils être évités en augmentant le nombre d'injections et de bacilles.

Dans de nombreux travaux on a signalé que les résultats obtenus étaient meilleurs en clientèle qu'à l'hôpital, cela tient peut-être qu'alors en ce dernier cas les sujets étaient vus trop tardivement.

En résumé, S. conclut que: 1° d'après son expérience personnelle le plus souvent bon résultat; 2° aucune réaction locale et générale avec la préparation viennoise de vaccin; 3° il souhaite que l'expérimentation s'étende pour pouvoir généraliser cette vaccination.

Guy Hausser.

L. Halpern (Berlin). ***Disparition d'une exophtalmie par opothérapie ovarienne*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 24, 9 Juin 1933). — L'interdépendance des glandes endocrines est un fait indiscutable, c'est une question qui mérite d'être bien connue, et particulièrement les relations entre thyroïde et ovaire sont très intéressantes.

H. rapporte l'observation d'une jeune fille de 21 ans, faiblement réglée, « hypogénitale », présentant une exophtalmie unilatérale intense avec tachycardie, tremblement, sans hyperthyroïdie. En l'absence de causes locales le diagnostic porté est celui de « basedowisme ». Cependant étant donné l'extrême rareté de l'unilatéralité de l'exophtalmie de Basedow, et en raison de son hypoplasie génitale, on institue une opothérapie ovarienne (3 comprimés de 0 gr. 50 par jour); en 3 semaines nette amélioration, en 5 semaines disparition de tous les signes.

H. rappelle que ceci confirme les expériences de Hoffmeister, Richon, Debré: la thyroïdectomie sur de jeunes animaux détermine un infantilisme génital. D'autre part, chez la femme enceinte hyperthyroïdie par absence de secrétion ovarienne (Engelhorns. Marine...).

Dans le Basedow, dans le myxœdème, on n'oubliera pas de faire le bilan génital qui dans des cas comme celui-ci permettra d'obtenir une guérison facile et rapide.

Guy Hausser.

A. Sachs et **G. Stritzko.** ***Remarques sur le traitement de la maladie d'Addison par l'extrait cortico-surrénal*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 25, 16 Juin 1933). — Depuis Thomas Addison la question du rôle exact de la cortico et de la médullo-surrénale a été très controversée. Après les expériences de Biedl, Abelous, Brown-Séquard, Mc Arthur, etc..., et les premiers essais thérapeutiques de Rowntree, Schelling, l'étude clinique de la maladie d'Addison a été divisée en 3 périodes: une sans symptômes cliniques, puis une seconde caractérisée par: perte de poids, faiblesse musculaire, hypoglycémie, pigmentation des téguments, hypothermie, etc... et enfin une dernière période avec tension artérielle abaissée, signes d'intoxication, signes gastro-intestinaux (vomissement, déshydratation), etc... En général, ces signes cèdent à la thérapeutique (Aaarou, Cuf Harrop, Weinstein). Ici S. et S. ont eu à examiner un cas curieux: vraisemblablement tuberculose des surrénales (calcification visible à la radio); le malade a été amélioré considérablement, subjectivement, mais il a été impossible de faire progresser son hypotension et son hypoglycémie quelle que soit la dose utilisée (de 1 à 5 cmc d'extrait cortico-surrénal tous les 2 jours).

S. et S. pensent alors que l'on doit revenir à la première pensée de Addison et Biedl, pour qui toute la glande était intéressée et non pas seulement la corticalité. Les symptômes de la maladie ne se montrent que lorsque la partie glandulaire restante ne suffit plus à compenser la partie détruite.

La variabilité de l'efficacité du traitement amène à penser que les lésions atteignent plus particulièrement, soit la corticalité, soit la région médullaire.

Enfin, S. et S. concluent: 1° Employer toujours l'extrait cortico-surrénal puisqu'on n'a pas d'autres ressources thérapeutiques.

2° La dose doit être étudiée selon le malade considéré: rechercher une dose optima, une dose trop forte n'équivalant qu'à la dose optima.

Guy Hausser.

F. Kräupl. ***La myalgie*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 27, 1er Juillet 1933). — I. *Notions générales.* — La myalgie est un symptôme et non une maladie proprement dite, car on n'a pas de preuves histologiques d'une lésion musculaire.

Le muscle devenant d'une dureté ligneuse, on a pu se demander s'il y avait un changement de la constitution colloïdo-chimique du muscle « transformation irréversible d'un sol en gel » (myogélose de Schade), ou bien une simple dureté due à la mise en contraction du muscle, par hypersensibilité du tissu cellulo-adipeux qui l'entoure.

Quoi qu'il en soit on ignore encore la cause de la douleur dans le muscle: soit névralgie, soit abaissement du seuil de sensibilité douloureuse du muscle (hyperalgésie). On pense actuellement (Max Lange) que ces 2 faits sont plus ou moins intriqués.

II. *Etiologie.* — On remarque que la myalgie n'est jamais dispersée sans ordre dans le corps.

Les principales causes se répartissent ainsi:

1° Changements de température, de l'humidité ambiante de l'atmosphère.

2° L'excès de travail de la musculature entraînant une surproduction de produits toxiques. Se voit surtout dans les attitudes vicieuses telles que genu valgum, genu varum, cyphose, scoliose, etc.

3° Une circulation veineuse défectueuse avec stase, l'élimination des produits toxiques ne se faisant pas ou mal.

4° Produits toxi-infectieux (acide lactique, syphilis secondaire, rhumatisme infectieux, trichinose. Incubation de la plupart des maladies infectieuses).

5° Changements du métabolisme de la fibre musculaire.

6° Lésion viscéro, ostéo, arthro, sensorio-réflexe (par exemple contracture de la paroi abdominale si lésion viscérale existe).

Guy Hausser.

L. Guttmann (Breslau). ***Remarques à propos de l'épidémiologie, de la symptomatologie clinique et de l'histologie de la poliomyélite (Epidémie de Silésie de 1932).*** — [*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 28, 7 Juillet 1933]. — I. *Epidémiologie.* — La poliomyélite s'est étendue ces dernières années en Allemagne et y a progressé de même qu'aux Etats-Unis et dans d'autres pays. Surtout en Silésie la poliomyélite s'est présentée sous forme de petites épidémies pendant les saisons chaudes (début Juillet, Août, maximum en Septembre, décline et disparaît en Octobre).

Surtout dans les villes (sur 300 cas en tout), 60 à Breslau, 80 à Waldenburg-Schweidniz. Mortalité 35 cas.

Maximum chez les sujets âgés entre 2 et 5 ans. La contagion familiale est extrêmement rare (le contact prolongé donnerait l'immunité). Chez une femme gravide la transmission ne se ferait pas au fœtus.

II. *Symptomatologie.* — On constate des signes méningés d'autant plus intenses que le sujet est plus âgé. Chez le tout jeune enfant on n'en trouve pas, il y a alors début avec température à 39-40°. Faire une ponction lombaire, le liquide est déjà typiquement modifié. Les paralysies sont apparues, rarement d'emblée. Dans plusieurs cas hyper-réflexie au début avant l'apparition d'aréflexie. A la période d'état on trouve une hyper-réflexie dans le membre non atteint (au membre inférieur par exemple), si la paralysie est unilatérale. Et la recherche du signe de Babinski dans le côté paralysé détermine de l'autre côté un réflexe controlatéral d'extension des orteils sur la plante du pied (faux Babinski).

III. Au point de vue histopathologie: atteinte prédominante des cornes antérieures de la moelle avec extension à la substance blanche, et à la voie pyramidale. Dans un certain nombre de cas atteinte du nerf facial, G. propose alors le nom d'optico-neuromyélite.

IV. *Thérapeutique.* — *a*) Le sérum de convalescent, qui doit être administré le plus précocement possible (intraveineux, intramusculaire, intrarachidien), a donné d'excellents résultats. On a pu combiner les voies d'injection (Levinsohn, McDonald...). Il faut noter cependant que des cas ont guéri spontanément sans aucune thérapeutique. Posologie optima: 10 cmc intra-musculaire et 10 cmc intra-rachidien tous les 2 jours.

Il faut toujours pouvoir obtenir du sérum frais (d'où création d'un centre prophylactique où l'on trouve des donneurs), ce qui est réalisé aux Etats-Unis.

b) Traitement des séquelles: les greffes musculaires et tendineuses n'ont donné que des résultats peu encourageants.

Des « transplantations » nerveuses auraient été couronnées de succès.

Guy Hausser.

B. Epstein (Prague). ***« Le regard sauvage » du nourrisson*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 30, 21 Juillet 1933). — L'examen de l'œil des enfants est une chose intéressante car c'est par l'œil que se


BISMUTH
TULASNE
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
AU SOUS NITRATE DE BISMUTH KAOLINÉ
Laboratoires BOUILLET, 48 Bd des Batignolles. PARIS

font les premières manifestations de l'intelligence.

Dans diverses affections, soit héréditaires, soit acquises, l'œil peut se trouver modifié.

Normalement l'œil semble trop grand par rapport à la face; en effet le diamètre cornéen est de 12 mm. chez l'adulte, 10 mm. déjà chez l'enfant.

Dans plusieurs cas on peut mettre en évidence l'asynergie oculo-palpébrale, cependant pas de signe de Moebius. Ces signes donnent à l'enfant un facies hébété, terrifié, que E. a appelé « regard sauvage ». Il peut être interrompu de temps en temps, et en outre il est d'intensité variable.

Ces signes oculaires se voient surtout lors d'affections nerveuses (syphilis héréditaire), de troubles de l'état général, d'une anomalie de constitution névropathique: ces enfants sont toujours agités, dorment mal, sont maigres, pâles, avec un dermographisme intense, ce sont des « hypersensibles ».

Enfin on voit souvent ce regard au début d'une intoxication alimentaire. GUY HAUSSER.

D. Jokl et **G. W. Parade** (Breslau). ***Les affections cardiaques rencontrées chez des sportifs*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 32, 4 Août 1933). — D'après les nombreux examens que J. et P. ont pu faire sur les stades et dans les universités, ils recommandent surtout l'examen fréquent des sujets, et le plus souvent disent de ne suspendre les exercices sportifs qu'à la toute dernière extrémité. Ils ont examiné successivement :

1° Les lésions valvulaires; *a*) mitrales: souvent l'athlète ne consulte que lorsque les lésions sont devenues considérables, d'où le mauvais pronostic; *b*) aortiques: le pronostic est fonction de l'état du myocarde.

On ne supprimera donc le sport que si l'effort myocardique demandé est trop grand, sinon on se contentera de surveiller fréquemment le sujet et de ne point lui ôter hors de propos sa « joie de vivre ».

2° Extrasystoles: fréquentes même chez les sujets sains, mais néanmoins faire un électrocardiogramme. S'il s'agit d'une extrasystole banale laisser le malade aux joies du sport.

S'il s'agit au contraire d'une lésion auriculaire le mettre au repos.

3° Souffles cardiaques: bien examiner le sujet. 1 souffle ne permet pas d'affirmer une lésion, donc pas de veto complet.

Et J. et P. citent ici le cas d'un sujet ayant un énorme souffle mais qui gagna les 800 mètres, course à pied, aux Jeux Olympiques 1932, sans aucun inconvénient. GUY HAUSSER.

A. Curschmann (Rostock). ***L'œdème de la ménopause*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 38, 15 Septembre 1933). — C. s'élève avec véhémence contre les erreurs de diagnostics posés à propos des œdèmes observés lors de la ménopause.

Dès 1909, C. a décrit cet œdème: transitoire, non circonscrit, plutôt diffus, augmentant très lentement, dans toutes les régions. De couleur pâle, jamais cyanosé ni rouge.

Siégeant surtout aux mains, avant-bras, jambes, rarement sur le visage, survenant surtout le matin, récidivant toujours, accompagné des autres troubles vaso-moteurs de la ménopause. Ils peuvent durer des années puis disparaître ensuite. Ils peuvent donner l'impression d'être dus à une hypothyroïdie (mais métabolisme basal normal), à une affection cardiaque ou rénale.

En réalité ils sont dus à l'insuffisance ovarienne et en effet alors que les diurétiques et extraits thyroïdiens sont sans action, les extraits ovariens les guérissent promptement.

Ceci a en outre un gros intérêt social et moral car il est ennuyeux de traiter le sujet, soit pour son cœur, soit pour son rein s'il n'est pas lésé de ces côtés. Il faudra donc penser à la ménopause pour éviter l'erreur de diagnostic.

GUY HAUSSER.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Berlin)

W. Rückert (Marburg). ***Etude expérimentale au sujet de la prophylaxie et du traitement de l'embolie graisseuse*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXXXVIII, n°s 11-12, Février 1933). — En injectant de fines gouttelettes de graisse dans un tube de verre où circule de l'eau sous une pression de 10 cm., R. a constaté un très notable ralentissement de la circulation des gouttelettes graisseuses, lorsqu'il donnait au tube une inclinaison en hauteur de 45°. Il propose donc, dans le cas de fractures comminutives du membre inférieur, fractures qui apportent à la circulation une grande quantité de fines particules de graisse, de placer le membre blessé en position élevée à 45°; la pression dans les veines diminue, la circulation se ralentit dans les veines, et le transport des particules graisseuses doit être plus difficile.

R. recommande, en outre, pour éviter les embolies graisseuses, de laisser longuement ouvert le foyer de fracture (ce qui peut dans certains cas avoir de graves inconvénients), de placer une bande d'Esmarch à la racine du membre, ou de lier les veines qui partent du foyer de fracture.

P. WILMOTH.

Hermann Bremer (Cologne). ***Au sujet des suites immédiates et éloignées des splénectomies pour lésions traumatiques*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXXXIX, n°s 7-8, Mars 1933). — B. relate 11 cas de rupture traumatique de la rate. Une seule fois, l'hémorragie put être arrêtée par la simple suture de la capsule splénique; dans tous les autres cas, la splénectomie fut obligatoire. Mais c'est surtout l'étude des complications post-opératoires qui a retenu l'attention de B., qui a relevé chez 8 des opérés des complications pulmonaires plus ou moins graves: bronchite, bronchopneumonie; un opéré a succombé le 3e jour après l'opération à une broncho-pneumonie; tous les autres opérés ont guéri malgré les complications pulmonaires. En ce qui concerne les suites éloignées, B. a pu mettre en évidence des modifications de la formule sanguine et du taux de l'hémoglobine: leucocytose neutrophile, monocytose, éosinophilie; dans 2 cas, il y a eu une élévation considérable du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, si bien que dans un cas le tableau clinique de la polycythémie fut réalisé. L'opothérapie splénique qui, dans ce cas, avait paru donner de bons résultats au début, se montra inopérante par la suite. Enfin, chez un de ces opérés, B. met, sur le compte de la splénectomie, le développement quelques mois après l'opération de lésions pulmonaires tuberculeuses bilatérales aiguës.

P. WILMOTH.

M. Gundel et **F. Süssbrich.** ***Recherches microbiologiques et cliniques au sujet de la sérothérapie des péritonites*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXL, n°s 5-6, Mai 1933). — Très long article où sont exposées les recherches des auteurs sur la bactériologie et la sérothérapie des péritonites aiguës diffuses, particulièrement les péritonites post-appendiculaires et les péritonites par perforation du tractus digestif. Après avoir essayé un sérum polyvalent, puis un sérum spécifique, G. et S. préconisent l'emploi d'un sérum polyvalent antibactérien et antitoxique; voici la teneur de ce sérum: sérum antitoxique anticolibacillaire 65 pour 100, sérum antientérocoque 25 pour 100, plus de 10.000 unités Behring d'antitoxine antigangreneuse, sous le volume de 20 cmc; ils pensent y incorporer également un sérum contre le bacille proteus. Les expériences de G. et de S. sont en cours, ils ne peuvent donc publier une statistique probante, malgré l'étude de 94 cas.

P. WILMOTH.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE (Leipzig)

Popper (Vienne). ***L'injection paravertébrale dans les pancréatites*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LX, n° 35, 2 Septembre 1933). — Dans un travail paru en 1931 dans la *Wiener klinische Wochenschrift*, P. a montré qu'une injection paravertébrale de novocaïne faite à gauche, à hauteur des 8e-10e vertèbres dorsales, amène, dans les affections aiguës du pancréas, une sédation des douleurs qui peut n'être que temporaire, mais qui parfois s'accompagne d'une disparition définitive des symptômes. La même injection paravertébrale faite à droite est sans effet dans les pancréatites, tandis qu'elle fait cesser les douleurs de la lithiase biliaire et même arrête complètement la crise calculeuse. L'injection paravertébrale gauche a donc, dans les pancréatites, une double valeur, diagnostique et thérapeutique.

P. apporte aujourd'hui 5 nouvelles observations qui confirment ses conclusions premières. 2 fois, il s'agissait de pancréatites hémorragiques graves avec stéatonécrose: l'injection paravertébrale ne supprima les douleurs que pendant une heure ou deux, et l'opération pratiquée aussitôt ne put sauver les malades. Dans 2 autres cas, l'amélioration fut définitive et les malades ont guéri; il s'agissait, pense l'auteur, de pancréatites atténuées; la preuve anatomique s'est faite ultérieurement pour l'une de ces malades qui, 7 mois après la crise aiguë, revint avec un kyste du pancréas; ce kyste fut marsupialisé et la malade conserva une fistule pancréatique; ayant refait alors une injection paravertébrale gauche, P. vit que cette injection diminuait énormément la sécrétion de la fistule pendant les 2 premières heures (2 et 1,5 cmc contre 6 à 15).

Le dernier cas est plus discutable: l'injection paravertébrale gauche fit disparaître les douleurs pendant quelques heures; le malade ayant été ensuite opéré, on trouva une vésicule rétractée et un cholédoque rempli de pus et de calculs; il n'y avait pas d'épanchement péritonéal; le pancréas ne fut pas examiné. On peut donc se demander si l'injection paravertébrale gauche n'agit pas sur les douleurs d'origine cholédocienne comme sur les douleurs pancréatiques.

Dans 2 de ces observations, une injection paravertébrale droite avait été pratiquée sans aucun résultat.

CH. LENORMANT.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

J. Collazo, G. Maranon, E. Roda et **Isabel Torres.** ***Les effets de l'extrait de l'écorce de surrénales sur la cholestérinémie*** (*Endokrinologie*, t. XIII, n° 3, Novembre 1933). — En cas de maladie d'Addison, la cholestérinémie est généralement diminuée. Il y avait donc lieu de rechercher les effets de l'extrait d'écorce de surrénales sur ce phénomène. C'est ce que C., M. et leurs collaborateurs ont fait d'abord dans un premier groupe de 37 malades dont 11 addisoniens. L'extrait utilisé a été préparé d'après la méthode de Swingle et Pfiffner.

Chez les 11 addisoniens, ce traitement a augmenté en moyenne de 0,21 pour 100 la cholestérine du sang, dosée par la méthode de Bloor, une heure, puis deux heures après l'injection. Cet extrait a eu une influence, à peu près comme dans la ma-

ladie d'Addison, dans une série d'autres maladies endocriniennes (eunuchoïdisme, diabète insipide, myxœdème, insuffisance ovarienne), ainsi que dans la grossesse, dans les troubles de la circulation, dans les affections du foie et dans les maladies de l'estomac. L'augmentation a été moindre dans la tuberculose pulmonaire, dans un cas de néphrose lipoïdique et nulle dans les maladies du sang, dans l'obésité ainsi que dans un cas d'hyperfonction de l'écorce des surrénales. C'est généralement au bout de deux heures que l'augmentation de la cholestérine ainsi constatée atteint son maximum. Mais on observe parfois un abaissement passager au bout d'une heure. Avec d'autres extraits, les résultats ont été moins caractérisés.

Un second groupe de malades comprenant 7 addisoniens a été traité par injection intraveineuse de 15 cmc d'extrait. Le dosage a été fait 10, 30 et 45 minutes après l'injection d'après la méthode de Myers. L'augmentation a été alors très analogue (0,26 pour 100). L'augmentation du dosage n'a donc pas entraîné une augmentation proportionnelle de la cholestérine.

L'expérimentation chez des lapins a confirmé le fait que l'extrait d'écorce de surrénales augmente la cholestérinémie du sang en moyenne de 20,5 pour 100. Cette hypercholestérinémie est d'une durée limitée, car le retour à la normale se fait en quelques heures. Néanmoins, chez les addisoniens, on arrive, en renouvelant les injections, à obtenir une hypercholestérinémie constante. Chez un malade, le taux étant, avant tout traitement, de 0,75 milligr. a passé à 1,29 sous l'influence d'injections quotidiennes de 1 à 2 cmc d'extrait pour revenir à 0,80 après un mois sans traitement et remonter ensuite avec la reprise des injections jusqu'à 1,17 et 1,14.

La préparation utilisée par C., M. et leurs collaborateurs a donc des effets assez différents de ceux qu'obtiennent d'autres auteurs qui constatent une hypocholestérinémie. Ce fait n'est pas dû à la présence d'adrénaline dans leur extrait. D'un autre côté, les préparations, en général, perdent un peu de leur action hypercholestérinémique en vieillissant. Enfin, il faut noter que l'état du malade et plus spécialement celui du foie et de la rate peuvent avoir une action importante sur les effets de l'extrait. Quoi qu'il en soit, l'extrait préparé selon la méthode de Swingle et Pfiffner a certainement pour action d'augmenter la cholestérine du sang.

P.-E. Morhardt.

BRUXELLES MÉDICAL

R. Bernard. ***L'influence du traumatisme sur les localisations nerveuses de la syphilis*** (*Bruxelles médical*, t. XIII, n° 44, 3 Septembre 1933). — Un traumatisme ne peut pas créer de toutes pièces un tabes vrai, mais il peut révéler un tabès latent, aggraver un tabes en cours d'évolution et avoir une influence sur le développement de certaines altérations trophiques.

De même, un traumatisme ne peut à lui seul, sans le concours de la syphilis, créer une paralysie générale, il peut aggraver une paralysie générale, révéler une paralysie générale latente, précipiter son évolution et même certains auteurs admettent qu'il peut provoquer une paralysie générale chez un syphilitique. Pour pouvoir considérer comme valable l'action du traumatisme, il faut que le blessé n'ait pas présenté de troubles cérébraux antérieurement à l'accident, que le traumatisme ait été assez intense pour déterminer un choc violent du cerveau, que les premiers signes de la paralysie générale ne soient apparus ni trop tard ni trop tôt après l'accident et que le traumatisme et le début de la maladie soient reliés par des troubles généraux. Encore est-il difficile de faire la preuve que le trauma cranien n'a pas seulement révélé une paralysie générale latente. D'autres auteurs considèrent même que ce sont des symptômes frustes d'une paralysie générale méconnue qui ont été cause du traumatisme.

Le traumatisme responsable peut être antérieur à la syphilis.

D'autres syndromes nerveux, méningomyélite syphilitique, hémiparésie avec épilepsie Jacksonienne, épilepsie généralisée, zona, etc... peuvent être considérés comme des syphilis cérébrales ou cérébro-spinales influencées par des traumatismes.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (New-York)

J. B. Chritopherson (Londres). ***L'anatomie pathologique de la bronchite chronique et de l'asthme à la lumière de l'exploration lipiodolée*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, n° 4, Octobre 1933). — Nos notions concernant l'anatomie pathologique de la bronchite chronique ne se sont guère enrichies depuis Laennec. L'exploration lipiodolée a permis de faire de nouvelles acquisitions en ce domaine, en mettant en lumière de façon précise les modifications des bronches durant la vie; par ailleurs, elle exerce une influence thérapeutique heureuse.

C. a étudié plus de 200 cas de bronchite chronique. Chez presque tous les malades, il a trouvé des anomalies du calibre des bronches et le plus souvent un certain degré de dilatation des bronches, se traduisant par des aspects variqueux ou fusiformes, siégeant surtout au niveau des bronches de moyen calibre, là où se fait sentir principalement la pression de la toux explosive. S'il s'associe de l'emphysème à la bronchite, on constate un aspect vésiculeux des alvéoles. C. fait jouer un grand rôle au relâchement de la musculature bronchique résultant d'une parésie d'origine sympathique dans la pathogénie de ces altérations du calibre des bronches. La bronchite chronique pourrait être regardée comme traduisant l'exagération de la phase inspiratoire de la respiration. Inversement, l'asthme, expression d'un état de vagotonie, représente l'exagération de la phase expiratoire. Dans cette affection, les modifications se voient surtout dans les plus fines bronchioles, plus riches en muscles et se prêtant moins aisément à la dilatation; le réseau des fines bronchioles se dessine avec netteté. Dans la bronchite des asthmatiques, on rencontre une combinaison des deux aspects précédents. La bronchite des emphysémateux est caractérisée par de l'irrégularité des bronches et par la pénétration du lipiodol dans les alvéoles qui offrent l'apparence de grappes de raisin.

P.-L. Marie.

A. C. Curtis, J. M. Sheldon et **H. C. Eckstein.** ***Reproduction expérimentale de la lipémie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, n° 4, Octobre 1933). — Chez une série de diabétiques, C., S. et E. ont cherché à déterminer s'il existe des rapports entre la lipémie, d'une part, et l'apport en calories, la quantité de graisses ingérée, l'hyperglycémie, la glycosurie et l'acidose, d'autre part. En outre, ils ont étudié l'effet de l'insuline sur la lipémie et les rapports entre le taux des lipides du sang et la lipémie rétinienne.

Chez l'un de ces diabétiques qu'ils ont particulièrement suivi, un jeune homme de 15 ans, atteint de diabète sévère avec acidose, présentant de nombreux éléments de xanthome tubéreux au niveau du dos et des épaules, une lipémie à 14 pour 100 et de la lipémie rétinienne, ils ont vu qu'avec un régime riche en graisses et en hydrates de carbone fournissant beaucoup de calories, la lipémie disparaissait quand on injectait suffisamment d'insuline pour contrôler le diabète. La lipémie rétinienne, puis le xanthome disparurent avec le retour du taux des lipides du sang au niveau normal.

En diminuant l'insuline, on constata que l'apparition de la glycosurie n'amena que peu de changements dans le taux des lipides du sang. Quand les corps acétoniques de l'urine commencèrent à augmenter, en même temps que la glycosurie devenait importante, les lipides ne s'accrurent que lentement; mais, quand on détermina une acidose plus élevée en diminuant les hydrates de carbone (140 gr. au lieu de 270 gr.), les corps acétoniques augmentèrent rapidement et la réserve alcaline baissa, tandis que les lipides du sang passaient en 7 jours de 2 gr. 5 à 3 gr. 4 pour 100. A ce moment, réapparut la lipémie rétinienne, qui devint caractéristique avec 4 gr. 3 de lipides. En réduisant encore la ration d'hydrates de carbone jusqu'à 24 gr., la réserve alcaline tomba à 30 volumes, l'excrétion des corps acétoniques s'élevant à 20 gr. par 24 heures et les lipides à 6 gr. 4 pour 100. L'insuline fut reprise sans modifier le régime: la réserve alcaline monta à 49 volumes, les corps acétoniques tombèrent à 0 gr. 70 et les lipides à 1 pour 100 et finalement à la normale avec un régime moins riche en graisses.

Ainsi, durant toutes ces recherches, la lipémie se montra proportionnelle à l'acidose. Seul, le xanthome ne réapparut pas avec la reproduction quasi expérimentale de la lipémie, mais la période d'expérimentation fut probablement trop courte.

P.-L. Marie.

LA PEDIATRIA (Naples)

G. Careddu et **R. Cento** (Padoue). ***Les variations du taux calcémique dans le sérum sanguin sous l'influence de l'administration d'ergostérine irradiée et des irradiations ultraviolettes*** (*La Pediatria*, XLI[e] année, fasc. 11, 1[er] Novembre 1933). — C. et C. ont étudié la calcémie de 26 enfants sains âgés de 1 à 9 ans. Ils ont trouvé un taux moyen de 10,1 milligr. pour 100 cmc de sérum.

En faisant absorber à ces enfants normaux de l'ergostérine irradiée ou en les soumettant à des irradiations ultra-violettes ils ont obtenu une augmentation constante du taux de la calcémie, allant de 6 à 24 pour 100 à la suite des cures d'ergostérine irradiée, de 4 à 21 pour 100 à la suite des séances de R.U.V.

Les augmentations les plus fortes ont été obtenues chez les sujets dont le taux calcémique initial était le plus faible, soit inférieur à 10 milligr. pour 100 cmc de sérum; les augmentations les plus faibles chez les enfants ayant un taux calcémique initial élevé (12 milligr. pour 100 cmc de sérum).

L'augmentation du taux calcémique fut particulièrement élevée chez 3 sujets rachitiques qui présentaient un taux calcémique faible avant le traitement et chez 4 enfants atteints de tétanie manifeste.

G. Schreiber.

NORSK MAGASIN FOR LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

E. Brunsgaard et **N. Danbolt.** ***L'importance de l'infection secondaire dans l'infection générale à gonocoques aiguë et chronique*** (*Norsk Magasin for Laegevidenskapen*, n° 10, Octobre 1933). — A la clinique dermatologique d'Oslo ont été traités dans le dernier temps 3 malades graves avec infection générale secondaire consécutive à une gonorrhée chronique.

Il semble que dans ces 3 cas, une urétrite à germes banaux surajoutée à la blennorragie chronique fut le point de départ de l'infection générale (2 cas de septicémies à staphylocoques dorés, 1 cas de septicémie à streptocoque hémolytique). Le premier malade succomba après 8 jours d'infection générale.

Dans le deuxième cas des hémorragies consécutives à l'ouverture d'abcès du mollet furent si graves qu'il fallut faire une amputation de cuisse.

Le troisième malade guérit complètement au bout de plusieurs mois.

Ces 3 cas témoignent de la gravité de la blennorragie à cause non seulement de ses complications mais encore des infections secondaires auxquelles elle prédispose

Erling Hammerstad.

Fr. Roscher. ***Tumeurs malignes des os longs*** (*Norsk Magasin for Laegevidenskapen*, n° 10, Octobre 1933). — R. a étudié à la section chirurgicale de l'hôpital universitaire d'Oslo 17 sarcomes primitifs et 5 tumeurs secondaires.

R. interprète la classification donnée par *The Registry of Bone Sarcoma of the American College of Surgeons* et considère que les tumeurs à cellules géantes constituent un groupe spécial.

La localisation des 17 sarcomes était la suivante : 7 sur l'humérus, 8 sur le fémur, 1 sur le tibia, 1 sur le péroné.

Les sarcomes de l'humérus étaient tous situés au niveau du 1/3 supérieur.

Traitement opératoire : Deux fois, désarticulation interscapulo-thoracique. Mort huit mois et un an et demi plus tard.

Cinq fois, résection de l'humérus et transplantation du péroné. Quatre des malades sont morts 4 mois après l'opération. Le cinquième a survécu 13 ans 1/2. Ce malade qui avait subi après l'intervention un traitement radiothérapique mourut de tumeur médiastine, probablement secondaire au sarcome.

Ces observations montrent que la résection est contre-indiquée lorsqu'on constate une infiltration des parties molles. Celles-ci nécessitent la désarticulation interscapulo-thoracique. Chaque intervention doit être suivie d'un traitement radiothérapique.

Pour les tumeurs du fémur, six d'entre elles siégeaient sur le 1/3 inférieur et deux au milieu de l'os. Sept malades furent opérés. Chez deux d'entre eux, on pratiqua une désarticulation de la hanche. L'un vivait dix ans plus tard, l'autre, opéré tardivement, mourut un an après l'opération par développement d'une tumeur secondaire.

Chez quatre malades on fit une amputation de cuisse. Trois d'entre eux vivaient 5 ans 1/2, 13 ans et 19 ans après l'opération. Le quatrième malade est mort un an après l'intervention, sans récidive locale.

Chez un homme de 29 ans, avec sarcome périostique, on a tenté une résection du fémur et une transplantation tibiale. Une infection locale força à pratiquer une amputation de cuisse 2 ans plus tard. Le malade est en bonne santé, 9 ans après la première intervention.

Le seul cas de sarcome du tibia observé était inopérable à cause de métastases multiples.

Un cas de sarcome du péroné chez une femme de 35 ans fut traité par amputation après échec de la radiothérapie; la malade succomba deux ans après par généralisation.

L'amputation radicale peut, surtout pour le fémur, sauver la vie du malade dans un certain nombre de cas. La résection seule donne très rarement de bons résultats. Le traitement conservateur est plus facile à appliquer à l'humérus qu'au fémur.

Erling Hammerstad.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

M. C. Lottrop et **K. Roholm** (Copenhague). ***Modifications de la formule sanguine à la suite de la résection de l'estomac; relations avec l'anémie pernicieuse*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXX, n° 3, Septembre 1933). — Il a été publié d'assez nombreux cas d'anémie pernicieuse consécutive à une résection gastrique et Lublin a montré que chez les deux tiers des ulcéreux ayant subi cette opération on rencontre de l'anémie, d'ailleurs le plus souvent légère.

Chez 35 pour 100 des 23 ulcéreux de L. et R. traités par la résection circulaire de l'estomac, il existait une anémie légère, chez 20 pour 100 une anémie de degré moyen. Ils ont rencontré de la mégalocytose surtout chez les sujets ayant une réaction négative au rouge Congo dans le suc gastrique. La mégalocytose ne concordait pas avec le taux de l'hémoglobine, mais elle correspondait dans une certaine mesure avec le volume des hématies déterminé au moyen de l'hématocrite.

Souvent, ils notèrent une grande discordance entre le volume des hématies et le taux de l'hémoglobine, ce qui permet de conclure que l'on a affaire aussi bien à une anémie simple qu'à une anémie mégalocytaire ou encore à une association d'anémie microcytique des achyliques type Faber et d'anémie pernicieuse.

Mais à la vérité, il ne se trouva qu'un seul cas d'anémie pernicieuse probable; la résection gastrique ne provoque donc guère cette affection. Chez 3 malades, il existait des indices de transformation mégalocytaire de la formule sanguine, mais on ne pouvait parler d'anémie pernicieuse vraie, bien qu'il reste possible que celle-ci se développe ultérieurement.

P.-L. Marie.

G. F. Göthlin (Upsal). ***Détermination de la valeur antiscorbutique des produits végétaux, et en particulier des fruits à baies du Norrland*** (*Acta medica Scandinavica*. Supplément LIII, Septembre 1933). — Les médecins du nord de la Suède ont signalé dans ces régions arctiques la fréquence anormale de certaines affections, anémie, ulcère gastrique avec anacidité, achylie, hématuries, entérite, carie dentaire, qu'ils ont attribuée à l'alimentation monotone et déficiente en vitamines. G. a incriminé surtout la carence en vitamine antiscorbutique. Aussi a-t-il été amené à rechercher la valeur antiscorbutique des baies poussant dans le Norrland, soit à l'état sauvage (airelles, myrtilles, mûres), soit à l'état cultivé (framboises, groseilles, cassis) et pouvant être recommandées dans l'alimentation de la population de ces régions déshéritées.

Il a commencé par élaborer une technique de détermination quantitative de la vitamine C. Il s'est adressé à des cobayes soumis à un régime-type dépourvu de vitamine C auquel il a ajouté des quantités variables de jus frais ou traités de différentes façons de ces diverses baies ou de jus d'orange. Il a pu ainsi déterminer la quantité nécessaire pour empêcher l'apparition des signes du scorbut. Comme critère initial de cette affection, il a choisi le plus sensible, l'altération des articulations chondro-costales, décelable radiographiquement par l'apparition d'une bande transversale sombre, siégeant sur certaines côtes seulement dans les cas légers, sur toutes dans les cas accentués. Ce signe a toujours concordé avec le contrôle fourni par l'histologie qui révèle, comme lésion initiale, la production de tissu ostéoïde, à la place de dentine, autour de la cavité pulpaire des molaires dans les deux tiers de ces dents les plus voisins de la surface broyante, partie de la dent extrêmement sensible à la carence en vitamine C.

En se basant sur ces tests, G. a pu préciser la ration antiscorbutique minima pour le cobaye. D'autre part, il a calculé également cette ration chez l'homme en se fondant sur les modifications de la résistance des capillaires cutanés. Il a trouvé ainsi que cette ration chez l'adulte équivaut à 14 à 20 fois la dose minima protégeant le cobaye.

C'est le cassis qui possède le pouvoir antiscorbutique le plus grand; il dépasse même celui du jus d'orange, notion très précieuse pour l'hygiène sociale des pays septentrionaux. Une ration de 2 gr. par jour suffit à mettre l'animal à l'abri du scorbut; chez l'homme adulte il faut compter 28 à 40 gr. Puis viennent dans l'ordre décroissant les framboises, les groseilles rouges, et, loin derrière, les myrtilles et enfin les airelles.

On conçoit tout l'intérêt que présente la culture de ces plantes dans les régions où l'alimentation est pauvre en vitamine C, comme c'est le cas dans le nord de la Suède ou G., grâce au test de la résistance des capillaires, a pu mettre en évidence chez l'homme une carence très fréquente et insoupçonnée en vitamine C.

En terminant, G. indique des procédés qui permettent de conserver aux baies leurs propriétés antiscorbutiques pour la consommation hivernale.

P.-L. Marie.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

M. Dubois. ***La question de l'atrophie par inactivité des muscles après traumatisme*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 43, 28 Octobre 1933). — Après un traumatisme articulaire, il survient une atrophie musculaire réversible jusqu'à un certain point, accompagnée d'une diminution de la force et du tonus. Cette réaction est déjà constatable 24 heures après le traumatisme. On constate que le volume des fibrilles a diminué généralement au profit du sarcoplasme. Le tonus, qui est attribué à l'action du sarcoplasme, est réglé par le système végétatif. Or, après un traumatisme, il apparaît un état d'irritation parasympathique.

Dans cette atrophie du muscle, les éléments conjonctifs interviennent également de même que l'appareil vasculaire. D. rappelle à ce point de vue que les muscles doivent être considérés comme une sorte d'éponge à capacité très variable.

Au repos, par exemple chez un simulateur, la circulation du muscle n'est pas modifiée et, d'ailleurs, il n'apparaît pas d'atrophie. Il n'en est pas de même après la pose d'un appareil de contention qui exige une adaptation du muscle à une nouvelle fonction dans laquelle intervient une série de mécanismes végétatifs. La physiologie musculaire enseigne d'ailleurs que, par une désintégration rapide, se trouve créée la condition chimique préalable pour une réédification. La fonction représente, en effet, une excitation trophique. D'ailleurs, l'atrophie musculaire locale entraîne des corrélations du côté de la circulation, de la peau et des os.

On a essayé expérimentalement et avec succès d'atténuer l'atrophie musculaire post-traumatique par section des racines postérieures ou encore par injection intramusculaire de novocaïne, ou enfin par anesthésie du tissu périarticulaire en cas de luxation. Ainsi, l'atrophie musculaire a, pour origine, un trouble de la fonction circulatoire et de l'innervation, c'est-à-dire un symptôme très complexe des processus végétatifs.

Au point de vue thérapeutique, D. recommande la gymnastique active associée à des excitants thérapeutiques ainsi que des exercices respiratoires qui favorisent la régulation centrale de la circulation. Il ne faut pas non plus négliger l'action sur

le psychisme et les massages qui sont très utiles n'ont pas beaucoup d'utilité quand ils sont employés seuls. L'électricité a très peu d'effet. Mais l'iontophorèse histaminique ou le bain électrique d'histamine ont une signification importante.

P.-E. Morhardt.

P. Schürmann. *Tuberculose hématogène des poumons et sa position dans l'évolution de la tuberculose* (*Réunion suisse contre la tuberculose, séance scientifique du 13 Mars 1933*) (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 45, 11 Novembre 1933). — On doit distinguer, d'après S., la bacillose, c'est-à-dire la présence de bacilles sans que les tissus soient malades et, d'un autre côté, une maladie tuberculeuse cliniquement et anatomiquement constatable, provoquée par l'agent pathogène.

La bacillose peut exister dans les tissus (histobacillose), dans les lymphatiques (lymphobacillose) et enfin dans le sang (hémobacillose). Ces faits, quoique plus ou moins rares, sont actuellement bien établis. Mais, dans aucun cas, la bacillose ne suffit pour provoquer la maladie car la tuberculose ne se dissémine pas uniformément dans l'organisme comme la trichinose, par exemple.

Dans un premier groupe de formes hématogènes, figure la septicémie de forme suraiguë de Landouzy dans laquelle il s'agirait, d'après Lœwenstein, d'une souche aviaire. Les hyperplasies à grosses cellules sclérosantes et généralisées où figurent le sarcoïde de Boeck et l'ostéite tuberculeuse surtout des phalanges, certaines lésions pulmonaires n'entraînant pas de caséification et où les bacilles ne peuvent pas être retrouvés avant le stade terminal, rentrent également dans ce groupe. Des formes hématogènes ont été observées chez les nourrissons de Lübeck dont la rate était souvent plus envahie que les poumons.

La tuberculose miliaire aiguë généralisée qui, par son aspect, suppose une bacillémie considérable, est le représentant le plus important de la tuberculose pulmonaire hématogène. Tous les cas cliniques typiques de ce genre se terminent d'ailleurs par la mort.

Les formes de tuberculose miliaire chronique sont généralement bénignes, parfois même des découvertes fortuites ou considérées cliniquement comme des affections non tuberculeuses. Les foyers ne sont pas très denses ni très également répartis et on ne trouve ni caséification, ni exsudation dans les alvéoles. De ces foyers, peuvent essaimer dans les tissus lymphatiques des germes qui provoquent de petites chaînes de nodules. Finalement, les formes peuvent être aussi variées que dans la phtisie isolée.

Dans des disséminations chroniques qui sont à l'origine de certains lupus et des lésions laryngées, il apparaît des lymphangites réticulaires chroniques plus ou moins grossières et, en cas de cavernes, celles-ci présentent une tendance marquée à se nettoyer (caverne à l'emporte-pièce) et n'entraînent pas de foyers par aspiration. Mais ces phénomènes s'observent aussi en cas de phtisie isolée. Il y a lieu de remarquer à ce sujet que, selon S., la dissémination lente paraît empêcher de se produire les phénomènes par lesquels l'organisme cherche à éliminer le germe infectieux de même que l'existence de phénomènes de ce genre prévient la dissémination. Dans la dissémination chronique, l'atteinte pulmonaire a un caractère plutôt bénin.

En somme, le diagnostic de tuberculose hématogène n'a pas simplement une valeur descriptive. Elle permet de se rendre compte du jeu compliqué des facteurs qui interviennent.

P.-E. Morhardt.

W. Löffler. *La clinique de la tuberculose hématogène* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 45, 11 Novembre 1933). — On trouve des disséminations hématogènes à tous les stades de Ranke et notamment à partir de la lésion de primo-infection, fait qui a été bien mis en évidence par Kuss dont L. reproduit toute une série de figures.

Pour que la tuberculose hématogène se produise, il faut d'abord qu'il existe de la bacillémie puis une voie d'accès et enfin un état d'allergie duquel la prise des bacilles, le sort des foyers et celui de l'individu dépendent. On a vu des invasions de bacilles se produire dans de gros vaisseaux comme l'aorte et alors l'immunité peut être brusquement brisée. Inversement, on observe des bacilles dans le sang au cours de toutes sortes de maladies sans que l'évolution de celles-ci soit en rien modifiée.

L. remarque qu'il n'existe actuellement aucune preuve démontrant que les bacilles sont capables de se multiplier dans le sang. D'ailleurs, au point de vue pronostic et diagnostic, la bacillémie n'a de signification réelle que lorsqu'une maladie d'une autre nature que la tuberculose peut être exclue.

Les bacilles envahissent le sang à partir de la lésion de primo-infection en passant par les voies lymphatiques et en gagnant l'angulus venosus, dernière station avant le système veineux qui, d'après Ghon, est atteinte 89 fois sur 100. On a d'ailleurs fait remarquer qu'à la suite de la primo-infection, la tuberculose miliaire de l'intestin et la méningite tuberculeuse sont relativement rares.

Dans un premier groupe figurent les disséminations partielles dans un ou plusieurs organes ou dans un système d'organe. Dans la tuberculose miliaire hématogène généralisée, les foyers peuvent aussi bien présenter une évolution abortive que conduire, après une période de latence, à la tuberculose isolée ou multiple d'organes. Certains tissus, comme la musculature, sont moins sensibles tandis que les poumons et notamment les sommets des poumons le sont beaucoup. Parfois la sensibilité des organes est très remarquable comme, par exemple, celle des surrénales dont la tuberculose apparaît sous forme de maladie d'Addison. En cas d'affections hématogènes des yeux, on ne trouve qu'exceptionnellement, même à la radioscopie, des lésions pulmonaires. Mais la radiographie montre souvent en pareil cas la possibilité de dissémination hématogène. Sur 27 cas d'érythème noueux, il a été possible de trouver 7 fois aux rayons Rœntgen des altérations pulmonaires et notamment des infections pulmonaires récentes ou précoces. L'érythème noueux doit d'ailleurs être considéré comme une tuberculide. Parmi les symptômes de la dissémination hématogène figurent la splénomégalie et la pleurite. Le rhumatisme tuberculeux de Poncet, beaucoup plus fréquent d'après L. qu'on ne le croit d'ordinaire, peut également avoir pour origine une source hématogène, fait souvent mis en évidence parce que le dessin des vaisseaux est plus marqué.

Si les sommets doivent être considérés comme favorables à un développement des semis, ceux-ci, par contre, peuvent se produire aussi par les parties inférieures du poumon comme L. le montre par 2 observations.

La tuberculose miliaire et la méningite tuberculeuse présentent un premier maximum dans la petite enfance et un second maximum plus modéré après la puberté pour se raréfier de nouveau ensuite. Cependant, chez le vieillard, la tuberculose miliaire redevient plus fréquente: elle est alors remarquablement bénigne. Quand on y pense on trouve, à cet âge, cette forme beaucoup plus souvent qu'on ne le croit.

Il existe des cas de phtisie chronique à l'autopsie desquels on rencontre des semis miliaires assez importants. Ces semis se sont en général produits peu avant la mort.

Chez l'adulte, quand on trouve de la tuberculose miliaire, il n'existe, d'ordinaire, pas d'autres lésions tuberculeuses importantes dans l'organisme.

En général, ces semis donnent lieu à des tubercules d'âge voisin bien que la bacillémie ait pu se faire par poussées distantes les unes des autres. Le fait est dû vraisemblablement à ce que la graine ainsi semée pousse toute ensemble au moment où l'état de l'organisme crée des circonstances favorables.

En cas de généralisation précoce, les ganglions sont intéressés et de plus, il se produit des phénomènes de réactivation marquée au niveau des lésions primaires.

Les disséminations tardives sont représentées par les cas de tuberculose miliaire et de méningite de l'adulte et du vieillard. Chez ce dernier, il doit y avoir résistance particulière des méninges puisque la méningite ne s'observe pas. Ces semis peuvent avoir pour conséquence une cirrhose du poumon et la mort par pseudo-tuberculose.

Dans le plus grand nombre des formes de tuberculose, les bacilles reviennent au poumon où la lenteur de la circulation crée des circonstances favorables pour que les bacilles se fixent.

L'existence d'images pulmonaires à petites taches ne constitue un critérium du semis que quand ces taches sont répandues également dans tous les champs pulmonaires. En cas d'examen de bronchectasie au lipiodol, on constate d'ailleurs que la toux dissémine l'iode sous forme de semis très analogues à un semis hématogène. Dans ces conditions, la seule preuve c'est qu'il existe un autre foyer certainement hématogène.

P.-E. Morhardt.

A. v. Albertini. *Pathologie et histologie générale du rhumatisme. Cours sur le rhumatisme, donné à Zurich en Mai 1933* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 46, 18 Novembre 1933). — A. rappelle d'abord la découverte de Aschoff qui a, pour lui, une importance absolument prépondérante et à propos de laquelle on se borne à se demander s'il s'agit d'une lésion qu'on retrouve toujours dans le rhumatisme ou bien si elle peut parfois manquer. Des lésions très analogues ont été retrouvées par Fahr dans les tissus articulaires, par Coates et Coomb dans le tissu sous-cutané et par Gräff dans les tendons et dans le tissu conjonctif, etc.

D'autre part, A. rappelle les travaux de Roessle et de son école (Klinge) qui est arrivé à produire des lésions de ce genre en déclenchant chez des animaux une réaction non spécifique. Les travaux de Roessle sont intéressants spécialement en ce qu'ils ont montré un parallélisme entre le rhumatisme d'une part et d'autre part les infections comme la tuberculose et la syphilis. Dans le rhumatisme on trouve une lésion primitive représentée par une nécrose fibrinoïde homologue de la nécrose caséeuse observée en cas de tuberculose et du chancre induré observé en cas de syphilis. Ultérieurement, survient, dans tous ces cas, une réaction histiocytaire : le nodule d'Aschoff dans le premier cas, un tubercule, dans le second, une induration cellulaire, dans le troisième, à quoi une cicatrice succède dans chacune de ces infections.

Pour A. comme pour Sarafoff, la dissémination de l'infection rhumatismale se fait à partir du pharynx surtout par voie lymphogène mais aussi par voie hématogène. Il peut donc survenir des lésions dans tous les tissus et à ce propos, A. donne l'observation d'une femme de 56 ans ayant eu 30 ans auparavant une atteinte de rhumatisme articulaire et morte à la suite d'une angine. A l'autopsie, on a trouvé sur l'endocarde des thromboses fibrineuses récentes greffées sur des lésions verruqueuses anciennes et, dans le myocarde, des cicatrices anciennes à côté des nodules d'Aschoff récents ainsi que des streptocoques dans les amygdales et dans le myocarde. Cette endocardite fibrineuse est semblable à l'endocardite lente.

Au cours d'expériences réalisées avec Grumbach, A. a déterminé une bactériémie massive qui a fait apparaître, au bout de peu de jours, dans des régions diverses et notamment dans le myocarde, des lésions analogues aux nodules d'Aschoff ainsi que des nécroses du foie et la néphrite en foyer de Löhlein. Ainsi le rhumatisme doit donc être considéré comme une maladie infectieuse vraie qui détermine des réactions inflammatoires spéciales dans les tissus et qui dérive d'une infection primitive ayant donné lieu à un foyer primitif puis à une bactériémie ou à une septicémie d'emblée. La bactériémie peut guérir ou provoquer le rhumatisme, la maladie de Still ou encore un foyer secondaire d'où pourra dériver ultérieurement une infection lente, une pyémie ou une septicémie. A. établit ainsi une sorte de « spectre » des maladies infectieuses dérivées d'un foyer et dues à des coccus.

P.-E. Morhardt.

Naegeli. ***Polyarthrite aiguë (rhumatisme vrai) et sa différenciation d'avec les autres arthrites*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 46, 18 Novembre 1933). — Pour N., la polyarthrite aiguë a un caractère spécifique très particulier et, en tous cas, très différent de ce que provoquent les affections streptococciques, l'érysipèle, les lymphangites consécutives à une plaie, les septicémies lentes, etc. Dans la polyarthrite aiguë il s'agit d'abord d'une inflammation aiguë avec tous ses caractères cliniques et hématologiques, y compris une sédimentation très accélérée. Le sang contient très rarement des germes pathogènes. Schottmüller a déclaré à N. n'en avoir jamais rencontré. Jamais, de plus, et ce fait a une grande importance clinique, on ne rencontre du pus dans une articulation atteinte par la polyarthrite aiguë.

Ce qui caractérise, en outre, la polyarthrite aiguë c'est une tuméfaction considérable et de longue durée des articulations prises. En outre, les jointures affectées sont ainsi nombreuses. Elles sont rouges et la douleur siège, non pas dans l'interligne articulaire comme dans certaines formes de septicémie, mais au voisinage. En outre les valvules du cœur sont atteintes dans un tiers ou dans la moitié des cas alors qu'elles ne le sont presque jamais dans la scarlatine ou dans les angines. De même dans la polyarthrite aiguë, le myocarde est souvent siège de nodules, d'où la fréquence avec laquelle s'observe une anomalie de l'électrocardiogramme, et la rate n'est jamais augmentée de volume de même que les reins ne sont jamais atteints et qu'on n'observe pas de thrombose. Les sueurs sont très abondantes et ont une odeur acide. L'anémie qui s'observe dans les affections accompagnées d'altérations articulaires au début parle, plutôt, en faveur d'une septicémie. Par contre, l'augmentation des globulines du sérum et l'accélération de la sédimentation sont en faveur de la polyarthrite aiguë. De même dans cette affection les granules des neutrophiles ne présentent pas de modifications pathologiques toxiques. Dans cette maladie l'œil n'est pas atteint. Une réaction favorable à l'acide salicylique est, tout au moins, assez fréquente. Les récidives s'observent souvent et les frissons manquent.

Ces caractères différentiels permettent d'après N. de savoir à quelle étiologie peut être rattaché un état rhumatismal et de faire un pronostic.

P.-E. Morhardt.

A. Grumbach. ***L'étiologie du rhumatisme*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 46, 18 Novembre 1933). — La genèse du rhumatisme est, d'après G., conçue de trois façons. Friedrich von Müller considère cette maladie comme ayant une origine bactérienne. Gräff distingue entre le rhumatisme vrai et les affections rhumatoïdes dues à des streptocoques, des staphylocoques, des pneumocoques, etc. Enfin, Swift et Klinge font de cette maladie une réaction allergique. G. s'étend surtout sur la théorie bactérienne et rappelle les travaux de Klebs, Achalme, R. Lautier, Poynton et Plaine, Levaditi, etc.

A ce propos, G. remarque que cette théorie doit d'abord expliquer pourquoi le germe se retrouve exceptionnellement dans le sang. A ce point de vue, la technique bactériologique joue un rôle car J. Suranyi et E. Forré ont retrouvé des viridans dans 68 pour 100 de leurs cas. Il est possible aussi que les germes ne séjournent qu'un temps très limité dans le sang. D'autre part, les articulations peuvent être prises parce que l'agent pathogène a envahi, non pas la cavité elle-même, mais l'épiphyse. Enfin, le fait que des streptocoques se retrouvent très souvent chez des gens non atteints de rhumatisme peut s'expliquer par le fait qu'on n'arrive pas encore à faire un diagnostic exact du type. G. note à ce sujet que la classification de Warren Crowe qui distingue beaucoup plus de 100 streptocoques constitue un progrès essentiel. Avec la technique de cet auteur, G. est arrivé à isoler des streptocoques spécifiquement arthrotropes, ce qui confirme remarquablement la théorie de l'organotropisme des streptocoques de Rosenow. Il n'y a pas non plus à s'étonner que les streptocoques, qui sont des germes pyogènes, puissent, dans certains cas, faire apparaître des nodules de Aschoff.

En ce qui concerne la théorie de Klinge, G. remarque qu'il ne voit actuellement aucun moyen de concilier un ralentissement de la résorption des érythrocytes constaté chez les animaux allergiques et le fait que dans les tissus des rhumatisants, les streptocoques seraient, d'après Rössle, plus rapidement détruits que chez les sujets normaux. Il lui semble, en définitive, que la théorie de Klinge, d'après qui la nature de l'antigène est sans aucune signification, dépasse le but et oublie exagérément la bactérie au profit de l'organisme. En réalité, cette théorie ne peut pas être admise si, comme G. a pu le faire, on arrive, par une seule injection de bactéries, à déterminer chez un animal anergique des lésions identiques à celles du rhumatisme. Les recherches faites en ce sens ont porté sur 200 animaux chez lesquels des cultures provenant d'infections focales ont déterminé, en injection, de l'arthrite, de la myosite, de la myocardite, de l'endocardite, etc.

Ainsi, G. arrive à éliminer la théorie de l'allergie et à attribuer le rôle principal à la bactérie. Cependant, le phénomène de Shwartzman ne doit pas être oublié. Quoi qu'il en soit, avec George Newmann et F. v. Müller, G. considère que l'étiologie streptococcique du rhumatisme est démontrée.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG (Berne)

Frederik Ender. ***Différences au point de vue des propriétés chimiques et physiques, entre les vitamines D synthétique et naturelle*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. II, n° 4, Octobre 1933). — Un certain nombre d'auteurs ont mis en doute l'identité entre la vitamine D produite par irradiation de l'ergostérol et la substance qui existe dans l'huile de foie de morue. D'ailleurs, la vitamine D des poissons ne semble pas avoir pour origine les plantes marines car celles-ci en contiennent fort peu. D'autre part, la nourriture des poissons est constituée en grande partie de petits poissons qui, eux, s'alimentent de plankton dont la richesse en vitamine D n'est pas importante. Cette substance ne peut pas non plus avoir pour origine l'action des rayons ultra-violets qui sont fortement absorbés par l'eau de mer. Ainsi, la genèse de la vitamine D des poissons est une question non encore résolue.

Pour arriver à préparer une vitamine D très active, E. a choisi le foie du thon (*Thunnus thynnus*) qui donne une huile 200 à 400 fois plus active que celle de morue ordinaire. Pour cela, les foies sont traités par le chloroforme et l'alcool, ce qui permet de recueillir une masse cireuse qu'on saponifie à plusieurs reprises. Par refroidissement à — 60° la partie insaponifiable est débarrassée de sa cholestérine et on obtient ainsi une préparation capable de manifester une action antirachitique nette à la dose de 0,25 à 0,5 γ par jour, c'est-à-dire une action 10.000 fois supérieure à celle de l'huile de foie de morue. Cette fraction permet de voir la bande d'absorption caractéristique de la vitamine A au voisinage de 328 $\mu\mu$ mais non pas celle de la vitamine D_2 qui peut-être est dissimulée par celle de la vitamine A. Cette dernière vitamine a d'ailleurs pu être éliminée et finalement l'extrait obtenu s'est montré actif à la dose de 0.05 à 0,06 γ, c'est-à-dire 100.000 fois plus que d'huile de foie de morue ordinaire.

Entre cette préparation et la vitamine D synthétique fournie par Windaus, il a été constaté d'abord que la première ne dévie pas à la lumière polarisée tandis que la seconde est fortement dextrogyre. La première n'a pas de bande d'absorption entre 260 et 270 $\mu\mu$ tandis que la seconde en a une dans la région qui s'étend entre 250 et 285 $\mu\mu$. En somme, l'extrait de foie ne contient aucune substance ayant les propriétés spectroscopiques de la vitamine D_2 synthétique. Par conséquent, les propriétés chimiques de ces deux substances sont différentes. De plus, la vitamine D du poisson peut être éthérifiée par l'anhydride phtalique tandis que la vitamine synthétique ne peut pas l'être.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

LE CONCOURS MÉDICAL
(Paris)

J.-P. Tourneux et **Gourdon**. ***Le traitement de l'atonie intestinale post-opératoire*** (*Le Concours médical*, t. IV, n° 40, 1er Octobre 1933). — Après les interventions chirurgicales sur l'abdomen, il existe une phase de parésie intestinale habituelle pendant laquelle l'intestin plus ou moins distendu par les gaz, sans mouvements péristaltiques efficaces, détermine du météorisme abdominal accompagné de quelques coliques; le 2e ou le 3e jour après l'opération, la contractilité intestinale se rétablit. Si la période de parésie dépasse 48 heures, elle cesse d'être normale, l'atonie s'installe et donne lieu à des accidents occlusifs, douloureux d'abord et bientôt toxiques. Un syndrome analogue peut s'observer après tout traumatisme chirurgical, obstétrical ou médical de l'abdomen. C'est une occlusion dynamique par paralysie intestinale d'origine réflexe qu'il faut bien distinguer des iléus mécaniques ou paralytiques par réaction péritonéale ou phlébite pelvienne. L'atonie intestinale provient d'un déséquilibre nerveux à prédominance sympathicotonique.

Le lavement simple ou glycériné, le lavement électrique, la rachianesthésie, donnent de bons résultats. Depuis quelques années, le sérum salé hypertonique intraveineux jouit d'une grande faveur. Le lavement salé hypertonique est aussi utilisé soit seul, soit pour compléter l'action d'autres thérapeutiques.

En se basant sur le mécanisme de l'atonie intestinale, on a recours à une médication pathogénique : l'injection sous-cutanée d'ésérine. Cet alcaloïde, extrait de la fève de Calabar, est le médicament type de l'hyper-sympathicotonie, puisqu'il est un paralysant du sympathique et un excitant du vague. L'expérimentation et la clinique ont montré les propriétés péristaltiques et sécrétoires de l'ésérine; mais l'ésérine est toxique, ce qui constitue un grave inconvénient à son emploi systématique. Il faut lui préférer un succédané synthétique, l'éther-sel diméthylcarbaminique du m-oxyphényl-triméthyl-ammonium méthylsulfate, dont les propriétés pharmacodynamiques sont identiques.

Depuis 2 ans, T. et G., emploient ce médicament d'une façon régulière chez tous les opérés le lendemain de l'opération ou le 2e ou le 3e jour. L'évacuation des gaz survient en général dans l'heure qui suit l'injection. Certains, pour provoquer l'évacuation alvine, font donner, une demi-heure après l'injection, un lavement glycériné ou un lavement de sérum hypertonique. En cas d'échec, on peut renouveler l'injection 4 à 5 heures après.

Cette médication est nettement contre-indiquée dans les occlusions mécaniques confirmées ou douteuses. ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

J. Lhermitte. ***Formes anatomo-cliniques du ramollissement par oblitération complète de l'artère sylvienne*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVI, n° 81, 11 Octobre 1933). — Qu'il s'agisse d'une thrombose ou d'une embolie, l'oblitération de l'artère cérébrale moyenne détermine des détériorations si graves et si multiples des fonctions cérébrales que, malgré les précisions déjà apportées, tout est loin d'être connu sur le ramollissement sylvien. 2 observations qui se complètent montrent combien peut différer, dans ses conséquences anatomiques et dans son évolution, l'oblitération complète de l'artère sylvienne.

Le ramollissement sylvien total peut ne pas entraîner immédiatement la mort et permettre une survie de plusieurs semaines.

Lorsque l'hémisphère droit est atteint (chez les droitiers), la fonction du langage n'est en aucune façon compromise; les sensibilités sont abolies du côté paralysé, sauf cependant certaines d'entre elles, telle que la sensibilité des muqueuses orale et anale. Malgré que la couche optique soit libérée absolument de tout contrôle cortical, jamais n'apparaissent de phénomènes douloureux spontanés ou provoqués.

« Le désordre de la sphère psychique se marque surtout par l'atteinte du schéma corporel et l'anosognosie qui en est la conséquence. »

L'oblitération complète du tronc de l'artère sylvienne ne provoque pas fatalement un ramollissement à la fois superficiel et profond. Chez un sujet jeune, aux artères souples et perméables, des suppléances peuvent s'établir entre les différents réseaux corticaux et, grâce à ces suppléances, le territoire cortical irrigué par la cérébrale moyenne garde un apport de sang suffisant pour le préserver de l'encéphalomalacie.

ROBERT CLÉMENT.

A. Bernard (Lille). ***Réflexions sur les crises douloureuses hépato-biliaires sans calcul*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVI, n° 83, 18 Octobre 1933). — Après cholécystectomie, il y a fréquemment des récidives douloureuses dans l'hypocondre droit, dues à des brides ou coudures post-opératoires sur les voies biliaires ou à des calculs laissés dans la voie principale ou à de la lithiase intra-hépatique. Mais si la présence de calcul dans les canaux intra-hépatiques a été démontrée, elle semble assez rare; d'autre part, il est des malades chez qui, au cours d'une opération pour coliques hépatiques, on ne trouve pas de calcul dans les voies biliaires. Il existe donc des crises douloureuses paroxystiques de l'hypocondre droit intéressant le foie seul ou le système hépato-biliaire, indépendantes des phénomènes mécaniques de la lithiase.

Que se passe-t-il au moment de ces crises? On peut très bien s'imaginer qu'il y a spasme de la vésicule, avec probablement des troubles moteurs du duodénum, de l'estomac et contracture du sphincter d'Oddi. Lorsqu'il s'agit de crises de foie, le mécanisme producteur réside sans doute dans les modifications brusques du volume du foie par vaso-contriction, ou vaso-dilatation. La distension brutale de la capsule de Glisson, les plaques de périhépatite revendiquent aussi une part dans la pathogénie de ces crises d'hépatalgie.

Ces crises douloureuses hépatiques ou hépatobiliaires, en dehors de la migration calculeuse, nécessiteraient un terrain favorable et une substance déclenchante, l'épine localisatrice pouvant être une cholécystite, une hépatite ou une lithiase vésiculaire.

La notion d'un phénomène de choc, à la base de ces accidents, appelle une sanction thérapeutique: l'emploi des méthodes de désensibilisation.

ROBERT CLÉMENT.

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS
(Paris)

Francis Bordet. ***Le traitement médical des suppurations broncho-pulmonaires*** (*Le Journal médical français*, t. XXII, n° 11, Novembre 1933). — Le terme de suppurations broncho-pulmonaires a l'avantage de voiler l'imperfection de bon nombre de diagnostics et l'inconvénient de réunir dans un même chapitre des affections qui à part certains caractères communs anatomo-topographiques et une certaine analogie dans les problèmes chirurgicaux qu'elles posent sont d'essences fort différentes.

On peut leur opposer la chimiothérapie sous forme de balsamiques en ingestion, en injections parentérales ou rectales ou en instillations et pulvérisations dans les voies respiratoires. L'alcool par la bouche ou par voie parentérale, l'hyposulfite de soude ne sont que des adjuvants thérapeutiques. L'alcoolothérapie intra-veineuse a donné quelques beaux résultats; mais, les avis ne sont pas unanimes. L'émétine a une efficacité remarquable sur les abcès amibiens; dans les autres abcès du poumon, la proportion des succès obtenus est loin d'être suffisante pour qu'on puisse les porter à l'actif de la méthode. L'arsénothérapie mérite une place à part dans la thérapeutique des abcès du poumon; elle modifie souvent la fétidité. Son action n'étant qu'exceptionnellement curative, il ne faut pas insister lorsque l'arsenic est mal toléré.

La sérothérapie antistreptococcique et antipneumococcique ne paraît pas plus efficace dans les suppurations pulmonaires que dans les autres pneumopathies. Les résultats de la sérothérapie antigangreneuse sont inconstants et le plus souvent passagers et incomplets; cependant, au cours de la phase aiguë, cette médication permet d'attendre des conditions plus favorables à une intervention chirurgicale.

Les nombreux essais de vaccinothérapie semblent bien prouver que les résultats obtenus jusqu'à présent n'ont pas été très satisfaisants.

Le drainage postural améliore parfois les malades, mais n'est pas toujours parfaitement supporté. La cure de soif soumet les malades à un véritable supplice et impose aux émonctoires des conditions de fonctionnement qui ne sont pas particulièrement recommandables au cours d'une grande infection. La broncho-aspiration tend à prendre de plus en plus d'importance dans le traitement des suppurations pulmonaires. Quant à la collapsothérapie par pneumothorax, elle n'est pas toujours sans inconvénients et ne peut être conseillée que dans certains cas précis. Les cures thermales et climatiques trouvent leur emploi dans les formes chroniques.

Chaque forme de suppurations broncho-pulmonaires présente des indications thérapeutiques appropriées. ROBERT CLÉMENT.

PARIS MÉDICAL
(Paris)

P. Nobécourt. ***Le syndrome colique fétide chez les enfants*** (*Paris-Médical*, t. XXIII, n° 44, 4 Novembre 1933). — Parmi les syndromes coliques de l'enfance, le syndrome fétide est plus fréquent que la colite muco-membraneuse ou le syndrome dysentériforme ou muco-hémorragique.

Le signe caractéristique est l'odeur fétide, parfois même putride des selles. Celles-ci sont habituellement rares et espacées; les matières sont petites, sèches, fermes ou volumineuses, molles et pâteuses. Il y a de petits amas de mucus coagulés, jaunâtres ou verdâtres, pas de sang. L'abdomen est sensible, parfois douloureux; tantôt le côlon, mou et dilaté, donne l'impression d'un chiffon, tantôt, il est contracté et roule sous le doigt comme un tuyau de caoutchouc. L'haleine est souvent fétide, la langue est étalée et blanche, l'appétit irrégulier. Les digestions sont lentes, les vomissements rares. Les urines peu abondantes et foncées contiennent de l'indican, la peau est pâle, terreuse, les enfants sont maigres et chétifs; la température est normale ou subfébrile.

Le syndrome colique fétide est chronique: il débute le plus souvent pendant la moyenne et la grande enfance. A l'origine, on découvre presque toujours une alimentation défectueuse, soit un allaitement artificiel mal dirigé, soit l'abus du lait, des œufs, de la viande, alors qu'il y a restriction des végétaux. Les facteurs individuels jouent cependant un rôle important dans le déterminisme de ces accidents: dyspepsie gastro-intestinale, troubles des sécrétions gastriques, duodénales, pancréatiques et intestinales, hypohépatie et hypocholie, tempérament neuroarthritique ou lymphatique, parfois dyshypothyroïdie. Parfois, sur l'évolution chronique se greffent des épisodes aigus qui peuvent entraîner des erreurs diagnostiques et il peut y avoir des intrications.

L'odeur fétide ou putride des selles est due au processus de putréfaction qui s'effectue dans le gros intestin du fait de la pullulation anormale des bactéries protéolytiques anaérobies.

Le traitement a pour base la modification du régime alimentaire, suppression momentanée ou restriction des aliments azotés d'origine animale et leur remplacement par des hydrates de carbone. Il faut, en outre, stimuler les sécrétions digestives et combattre l'atonie ou le spasme de l'intestin.

ROBERT CLÉMENT.

Balthazard et **Mélissinos.** ***L'intoxication oxycarbonée. Valeur du coefficient d'empoisonnement*** (*Paris-Médical*, t. XXIII, n° 46, 18 Décembre 1933). — Le coefficient d'empoisonnement est le rapport entre la quantité d'hémoglobine du sang ayant fixé de l'oxyde de carbone et la quantité d'hémoglobine totale; il mesure l'importance de l'anoxémie. Dans les 2/3 des cas d'intoxication oxycarbonée, la valeur du coefficient est comprise entre 0,58 et 0,70. Il y a de nombreuses variations du coefficient d'empoisonnement provenant soit d'erreur de dosage, soit de la putréfaction, soit de la survie plus ou moins prolongée de l'individu, soit de la teneur de l'atmosphère en oxyde de carbone et en oxygène et la durée de l'asphyxie, les souillures de l'atmosphère par d'autres produits toxiques. Il existe, en outre, des causes individuelles de variations.

Dans toutes les observations où le coefficient d'empoisonnement a atteint de 0,42 à 0,80, on peut dire que l'oxyde de carbone a été sinon la cause unique de la mort, du moins la cause principale. Lorsque le coefficient a une valeur inférieure à 0,42, la mort dépend probablement d'une autre cause car l'organisme supporte sans le moindre malaise des doses d'oxyde de carbone correspondant à des coefficients de 0,10, 0,20 et même 0,30.

L'étude du coefficient d'empoisonnement montre, une fois de plus, la remarquable valeur de l'oxygène comme antidote de l'oxyde de carbone. Lorsqu'on constate les merveilleux résultats obtenus par l'inhalation prolongée d'oxygène et les retours inespérés à la vie obtenus par cette méthode, on s'étonne de voir préconiser des thérapeutiques chimiques qui ne reposent pas sur les mêmes bases expérimentales et qui risquent de faire perdre de vue au médecin la seule thérapeutique rationnelle et efficace, l'inhalation d'oxygène.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DE MEDECINE ET PHARMACIE NAVALES (Paris)

L. André. ***L'étiologie du béribéri (A propos de quelques cas observés en Chine)*** [*Archives de médecine et pharmacie navales*, t. CXXIII, n° 3, Juillet-Août-Septembre 1933]. — A Hankéou, A. a observé chez les tirailleurs annamites 21 cas de béribéri à forme humide, gros œdème avec inappétence, constipation, oligurie, pas d'albumine, léger mouvement fébrile, tachycardie, pas de signes nerveux, sauf des douleurs musculaires généralisées et de la faiblesse des jambes et 2 formes sèches : polynévrite grave des membres inférieurs.

Le béribéri d'Hankéou procédait par poussées épidémiques que reliaient des cas isolés, il apparaissait à la suite d'exercices pénibles et de chaleurs humides accablantes. Les tirailleurs avaient chaque jour une soupe riche en légumes et le simple repos à l'infirmerie suffisait à améliorer le syndrome. L'administration de vitamines B en comprimés fit disparaître complètement le béribéri.

A. conclut que le béribéri n'est pas dû exclusivement à la carence de l'alimentation en vitamine B. Le bacille asthénogène de Bernard, normalement saprophyte du tube digestif, devient virulent et sécrète une toxine en anaérobiose, condition réalisée par le milieu gastro-intestinal à la suite de fermentations exagérées d'hydrates de carbone, lorsque la résistance organique du sujet est diminuée à la suite d'une alimentation pauvre en vitamine B. Les symptômes du béribéri semblent relever de 3 facteurs: microbes toxigènes, hyperacidité intestinale de fermentation et rétention alimentaire, enfin avitaminose.

Comme conséquence prophylactique, il faut isoler les sujets atteints, pratiquer chez eux une antisepsie gastro-intestinale, améliorer les conditions hygiéniques des locaux, veiller à ce que le riz décortiqué et les autres féculents n'entrent pas en grande quantité dans l'alimentation, donner des aliments riches en vitamine B ou bien des extraits de cette vitamine.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES MEDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

Coquelet. ***Le traitement économique des pleurésies purulentes*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VIII, n° 4, 1933). — Quelles que soient les différences que donnent les statistiques, le traitement des pleurésies purulentes non tuberculeuses donne encore un pourcentage de mortalité assez élevé atteignant parfois 30 pour 100. Il se heurte toujours à 2 grands écueils : la mortalité précoce post-opératoire et l'empyème chronique. L'étude physio-pathologique de la plèvre montre qu'un pneumothorax ouvert contribue à déterminer l'asphyxie en empêchant l'arrivée d'air par la glotte, en déterminant l'anoxémie par le phénomène du sang mêlé et en gênant le poumon sain.

Le drainage par une méthode à thorax fermé et aussi économique que possible supprime le pneumothorax ouvert et donne de meilleurs résultats. La gymnastique respiratoire est un des facteurs les plus importants de la guérison et de la rapidité de celle-ci. Les lavages de la plèvre à la solution de Dakin sont favorables à la stérilisation de l'empyème aigu. Ils réduisent rapidement, et dans des proportions considérables, la cavité des empyèmes chroniques. En traitant les empyèmes chroniques progressivement, par retouches successives, on arrive à les guérir sans recourir à de grandes interventions mutilantes et meurtrières.

Dans sa statistique personnelle, C. compte en ville 20 opérés entre 20 mois et 52 ans, sans un seul décès. Le drainage par un drain à frottement dur, à thorax fermé, avec ou sans instillations de Dakin, a duré de 14 à 50 jours, avec une moyenne de 20 à 25 jours. Ni récidive, ni fistule, ni costectomie secondaire.

A l'hôpital, dans une première série de 14 opérés, il y eut 3 morts (21,4 pour 100); dans une deuxième série de pleurésies purulentes à empyèmes secondaires et, dans 2 cas, avec deux poches purulentes non reconnues, il y eut 9 morts sur 20 opérés, soit 45 pour 100. Dans l'ensemble, sur 48 pleurésies purulentes, il y eut 10 morts, soit 20,8 pour 100. Mais un certain nombre de ces cas étaient compliqués.

ROBERT CLÉMENT.

Mariano R. Castex, E. L. Capdehourat et **R. L. Repetto** (Argentine). ***Considérations cliniques au sujet d'un cardiaque noir d'Ayerza, basées sur leur physio-pathogénie*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VIII, n° 5, 1933). — Chez un homme de 35 ans, le syndrome des cardiaques noirs d'Ayerza s'est installé peu à peu à la suite de lésions pulmonaires chroniques. On constatait l'absence de signes de sclérose du tronc de l'artère pulmonaire, l'augmentation globale du volume du cœur, prédominant au niveau du ventricule droit, de la stase circulatoire chronique et des épisodes successifs d'insuffisance cardiaque à prédominance droite. Chez ce sujet, on a pu faire une étude physio-pathologique très minutieuse de la cyanose.

C., C. et R. tirent de l'étude de cette observation les conclusions suivantes : ce qui est d'importance primordiale dans la genèse de la maladie d'Ayerza, ce ne sont pas les lésions de l'artère pulmonaire, mais les lésions broncho-pulmonaires chroniques. Le syndrome peut être réalisé avec ou sans artério-sclérose de l'artère pulmonaire; cependant les lésions de sclérose de la petite circulation ont une certaine importance comme facteurs évolutifs, car en augmentant le travail du cœur, elles accélèrent son insuffisance. Pour observer le syndrome clinique du cardiaque noir, il faut la présence de lésions fondamentales (broncho-pneumopathie chronique de n'importe quelle origine), qui entraînent une ventilation alvéolaire déficiente de façon à créer au niveau du torrent sanguin artériel une désaturation d'O de 15 pour 100, minimum indispensable pour provoquer la cyanose dans les premiers temps de son évolution. Il est aussi nécessaire que le sujet ait une moelle osseuse capable de réagir par une polyglobulie aux stimulants directs ou indirects, mécanisme de compensation grâce auquel l'organisme parvient à pourvoir suffisamment en oxygène aux besoins des tissus malgré la chute de tension alvéolaire de ce gaz. Ces 2 facteurs, associés ou non aux lésions scléreuses de l'artère pulmonaire, sont indispensables. Ceci explique pourquoi c'est en pleine jeunesse que la majorité des sujets commencent leur affection. Cela montre aussi pourquoi, malgré la fréquence des affections broncho-pulmonaires traînantes chez les vieillards, le syndrome du cardiaque noir est exceptionnel à cet âge.

C'est parce qu'il faut la réunion de ces circonstances pathologiques que les sujets atteints de maladie d'Ayerza sont si peu nombreux.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

Gérard-Maurel et **René Weill** (Paris). **Les indications respectives du traitement chirurgical et du traitement radiumthérapique dans les tumeurs malignes des maxillaires** (*Revue odontologique*, t. LIV, n° 6, Juin 1933). — M. et W. éliminent de leur étude *les sarcomes vrais ostéogéniques*, dont le pronostic est fatal. *Les épithéliomas*, tumeurs d'emprunt, doivent être envisagés séparément aux deux mâchoires.

Dans l'ensemble, les auteurs adoptent *l'association chirurgie radium*, comprenant l'exérèse chirurgicale, en principe toto-tumorale, suivie d'une application de radium de surface ? Il faut rejeter la puncture dans le tissu osseux.

Pour le maxillaire supérieur, les auteurs préconisent l'anesthésie loco-régionale, une hémi-résection atypique à la demande, enlevant la tumeur en un bloc, 5 ou 6 jours après application intra-cavitaire de radium. Les adénopathies dans les cancers du maxillaire supérieur sont très rares, donc surveiller cliniquement les régions cervicales. Sinon, curage ganglionnaire et application 5 à 8 jours après d'un collier de radium.

Les cancers de la région symphysaire, lorsqu'ils ne sont pas très étendus, seront traités par l'opération de Morestin, avec application de radium 15 jours après si la plaie est infectée. Si les lésions sont très étendues tant du point de vue osseux que du point de vue des plans de recouvrement, ne pratiquer qu'une opération de désossement et confier au radium le complément du traitement. Mêmes remarques *pour le cancer de la branche horizontale:* voie buccale si la partie inférieure de l'os est respectée : résection partielle ou complète si le rebord basilaire est atteint, dans ce cas pas d'incision verticale prémentonnière et ostéotomie de la branche montante. L'ablation des parties molles sera faite en passant en tissu sain, si l'infiltration n'est pas trop étendue; sinon le radium en assurera la stérilisation, afin d'éviter la grosse mortalité des interventions larges. *Les cancers de l'angle et de la branche montante* nécessitent une intervention par voie externe.

Par opposition au cancer du maxillaire supérieur, le cancer de la mandibule engendre souvent des adénopathies, d'où la nécessité d'un curage ganglionnaire systématique suivi quelques jours après d'une application de radium en surface.

Le pronostic des cancers de la mandibule est plus sombre que celui des cancers de la mâchoire supérieure, par suite du « caractère zonier » de ces tumeurs, à cheval sur l'os et les régions avoisinantes et aussi de la fréquence des adénopathies cancéreuses cervicales.

C. Ruppe.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

P. Witas. ***Du rôle important de l'oxyde de carbone dans la toxicité du tabac*** (*L'Algérie médicale*, IVe série, XXXVIIe année, n° 71, Novembre 1933). — Une cigarette ne représente guère plus qu'1 à 2 milligr. de nicotine; la nicotine est très peu volatile; il est probable que l'oxyde de carbone est à l'origine des malaises et des troubles engendrés chez certains fumeurs, particulièrement dans une atmosphère confinée. Dans certaines salles de spectacle où l'on fumait librement, on a relevé, malgré la présence de bouche d'aération, l'existence de traces d'oxyde de carbone s'approchant de 1 pour 100.000. Dans une salle isolée et mal aérée de 150 mc., où se réunissaient 12 personnes dont 7 fumeurs, la teneur en oxyde de carbone a atteint au bout d'une heure 0,03 pour 1.000. (La proportion de 5 pour 1.000 de CO dans l'atmosphère est mortelle pour l'homme en quelques minutes.)

Si, sous une cloche en verre, on souffle la fumée de 2 cigarettes de tabac d'Algérie (1 gr. 78 de tabac au total), une souris blanche dans une cloche présente dès les premières minutes des signes de malaise, après 15 minutes elle a des soubresauts, elle meurt en 40 minutes. Si l'on souffle la fumée à travers un tube en V contenant des cristaux de chlore cuivreux légèrement chauffés arrêtant l'oxyde de carbone, les souris survivent. Si la fumée barbotte dans de l'eau distillée, les souris meurent d'asphyxie oxycarbonée bien que la nicotine, soluble dans l'eau, soit arrêtée par ce dispositif. Les souris survivent aussi dans une cloche de verre remplie de fumée provenant de la distillation de feuilles de tabac.

Ces expériences montrent que l'oxyde de carbone entre pour une grande part dans les phénomènes toxiques provoqués par la fumée de tabac. Il faut donc proscrire l'inhalation de la fumée de tabac qui reste une pratique dangereuse; si l'on fume, il est préférable de le faire en plein air ou dans des pièces largement aérées. Il faut interdire de fumer dans les salles de réunion et les bureaux qu'on ne peut largement aérer.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Fournier. ***10 observations de déments précoces traités par des injections d'huile soufrée*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LIV, nos 42 et 43, 15 et 22 Octobre 1933). — 8 jeunes filles de 19 à 25 ans et 2 jeunes femmes de 27 et 34 ans ont présenté des signes cliniques nets de démence précoce au début, à leur entrée à l'asile Château-Picon. Quelques-unes avaient en outre des poussées fébriles intermittentes, accompagnant des troubles généraux variés, soit pulmonaires, soit intestinaux. Elles ont été traitées par des injections d'une suspension huileuse de soufre colloïdal, associées à celles de stovarsol sodique. Les injections se répétant 2 à 3 fois par semaine, en commençant par 1 cmc pour aboutir à 10 cmc, dose répétée 3 à 4 fois si cela est nécessaire. Les injections, étant douloureuses, se font dans la profondeur des masses musculaires de la cuisse; elles sont suivies environ 5 heures après de fièvre. Après le traitement par l'huile soufrée, les malades ont été laissés au repos environ huit jours, puis on leur a fait 3 injections par semaine de 1 gr. de stovarsol sodique, la série totale comportant 21 gr. de stovarsol.

Le résultat a été 3 cas de guérison dont 2 durent depuis plus d'un an, 4 améliorations de l'état mental et physique, 3 améliorations pour l'état physique seulement, car ces malades présentaient fréquemment des troubles respiratoires et quelquefois des signes pulmonaires, évoluant souvent sur un terrain hérédo-syphilitique.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

L. Gallavardin. ***Les syndromes d'effort dans les affections cardio-aortiques*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. XIV, n° 329, 20 Septembre 1933). — Les syndromes d'effort au cours des affections cardio-aortiques se groupent assez naturellement en 2 séries distinctes.

Les syndromes dus à la déficience générale du cœur sont des « syndromes de lutte ». Le cœur est insuffisant soit par épuisement myocardique, soit par obstacle à la circulation intra-cardiaque, souvent par les deux ensemble: il ne parvient plus à assurer au moment de l'effort un équilibre satisfaisant entre les deux circulations. Cette première série prend sa source dans le syndrome d'effort physiologique. Palpitations d'effort, dyspnée d'effort, œdème pulmonaire d'effort, angor paradyspnéique en sont les étapes et l'asystolie l'aboutissant. Ces syndromes sont améliorés par la digitale qui est ici tout à fait indiquée.

Les syndromes relevant d'un trouble plus localisé peuvent être considérés comme des « syndromes de surprise » plus que de lutte. Un mécanisme très délicat est troublé: c'est tantôt l'irrigation coronarienne qui devient insuffisante et laisse le myocarde en souffrance; tantôt la zone hisienne qui, directement intéressée par l'ischémie, provoque la perturbation du système de commande ou de transmission rythmique; d'autres fois c'est une violente excitation du système nerveux centripète qui ébranle fortement les centres médullaires. D'où une autre chaîne symptomatique dont les mailles sont représentées par le syndrome angineux d'effort, la « blocpnée » d'effort, les syncopes d'effort, avec comme aboutissant ultime l'arrêt du cœur. Ici, les cardiotoniques sont inefficaces, c'est à d'autres médications qu'il convient de s'adresser.

Ces deux variétés de syndromes, de « lutte » et de « surprise » se juxtaposent, se superposent, se succèdent très souvent, l'une servant en quelque sorte de point d'appel à l'autre.

Ces syndromes d'effort ne diffèrent pas seulement en quantité suivant la gravité de l'affection considérée, mais en qualité suivant la nature de celle-ci. La manière de se comporter du cœur dans l'effort ou la marche est un des éléments importants de la séméiologie cardiaque fonctionnelle.

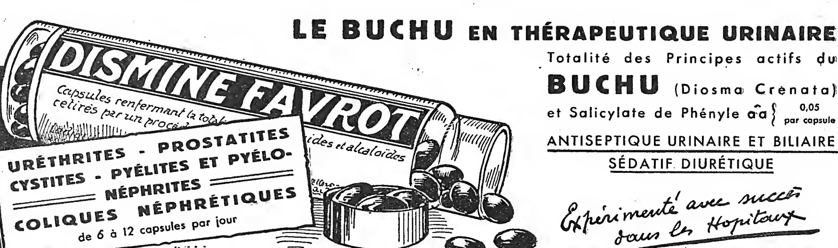
Robert Clément.

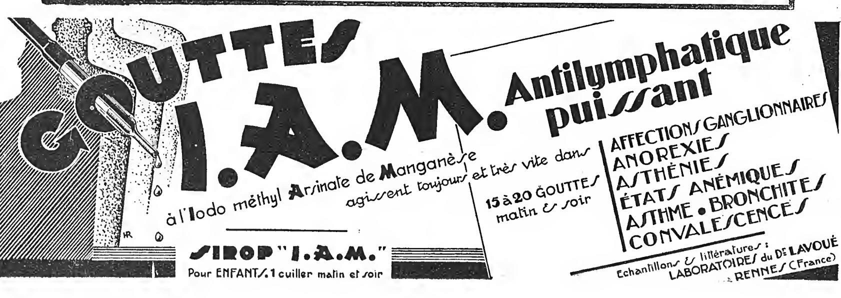
P. Courmont. ***Nouvelles recherches sur la bacillémie tuberculeuse par la méthode de Lœwenstein*** (*Journal de médecine de Lyon*, t. XIV, n° 331, 20 Octobre 1933). — Des hémocultures avec la méthode de Lœwenstein et la recherche directe des bacilles dans le sédiment sanguin ont été faites chez 151 malades ou sujets sains.

L'hémoculture a été positive chez 62 malades qui se décomposent ainsi: 22 tuberculoses pulmonaires, 2 pleurésies, 3 tuberculoses chirurgicales; malgré la gravité d'un certain nombre de ces cas, un seul a été rapidement mortel par méningite 2 mois après l'hémoculture. Dans 5 cas de tuberculose à forme septicémique, l'hémoculture fut positive; dans 3 de ces cas, le diagnostic réel ne fut fait qu'ultérieurement. On trouve encore des hémocultures positives dans 5 cas de rhumatisme, 3 formes chroniques dont 2 diagnostiquées rhumatisme de Poncet et 2 formes polyarticulaires aiguës et dans 8 affections oculaires suspectes de tuberculose (iritis, kérato-conjonctivite). Les maladies de la peau dans lesquelles l'hémoculture fut positive sont 1 tuberculose cutanée, 1 lupus ordinaire, 2 lupus érythémateux, 1 lupus exanthématique, 1 érythème induré de Bazin, 1 psoriasis et 3 érythèmes noueux. Enfin, le résultat fut encore positif dans 5 cas non classés et chez 4 sujets où les manifestations de tuberculose étaient larvées, coïncidant avec une contagion certaine.

L'hémoculture fut négative chez 89 sujets, 29 tuberculoses pulmonaires, 3 cas de fièvre prolongée indéterminée, 3 tuberculoses chirurgicales, 5 lupus, 1 psoriasis et 1 dermatose indéterminée, 6 cas de rhumatisme, 13 affections oculaires dont 5 au moins très suspectes de tuberculose. L'hémoculture resta négative chez 18 sujets non tuberculeux et 2 fois avec le sang du cordon d'une accouchée.

La recherche directe des bacilles dans le sédiment sanguin a montré 26 fois des bacilles de Koch dans les 62 cas à Lœwenstein positif, et 8 fois dans les 89 cas à hémocultures négatives.


LE BUCHU EN THÉRAPEUTIQUE URINAIRE
Totalité des Principes actifs du
BUCHU (Diosma Crenata)
et Salicylate de Phényle aa 0,05 par capsule
ANTISEPTIQUE URINAIRE ET BILIAIRE
SÉDATIF DIURÉTIQUE
Expérimenté avec succès dans les Hopitaux
DISMINE FAVROT
URÉTHRITES - PROSTATITES
CYSTITES - PYÉLITES ET PYÉLO-NÉPHRITES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
de 6 à 12 capsules par jour
ÉCHons & LITTÉRATURE LABORATOIRES DU Dr H. FERRÉ, 6 rue DOMBASLE · PARIS XV


GOUTTES I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS. 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ
RENNES (France)

Les formes typiques de bacilles de Koch circulant dans le sang sont rares; le plus souvent il s'agit de bacilles « nus » non acido-résistants, ce qui est important pour la pathogénie des bacillémies et des septicémies tuberculeuses. Le pouvoir bactéricide du sang explique la tolérance relative des tuberculeux pour la bacillémie.

Robert Clément.

H. Proby. ***L'hémi-syndrome vaso-moteur localisé ou généralisé (Ses relations avec la topographie des lésions zostériennes)*** [*Le Journal de médecine de Lyon*, t. XIV, n° 332, 5 Novembre 1933]. — Les fibres vaso-motrices du système sympathique peuvent être atteintes dans leur trajet de la périphérie aux ganglions ou dans les racines. L'excitation de ces fibres par un traumatisme ou un corps étranger donne lieu à des troubles physiopathiques qui ont une topographie radiculaire, une localisation s'arrêtant à la ligne médiane et ayant beaucoup de points communs avec le zona. Mais contrairement au zona, l'extension des troubles vaso-moteurs se fait de proche en proche. C'est la répercussivité due au fait que les troubles sympathiques sont ici la résultante d'un syndrome excitatif et non d'un syndrome dégénératif comme dans le zona. Les troubles physiopathiques se manifestent au point de vue clinique au moyen de certaines épreuves; le réflexe pilo-moteur, la sinapisation, les troubles sudorifiques, l'épreuve dermographique, les modifications du réflexe oculo-cardiaque. Les syndromes d'irritation sympathique permettent de remonter au point de départ du réflexe et de faire un diagnostic de localisation, mais la topographie des troubles vaso-moteurs n'est pas aussi précise et rigoureuse que celle des lésions motrices de l'axe cérébro-spinal.

Robert Clément.

M. Favre, P. Croizat et **A. Guichard.** ***La myélose aleucémique mégacaryocytaire (Contribution à l'étude des splénomégalies et des syndromes hépatospléniques)*** [*Le Journal de médecine de Lyon*, t. XIV, n° 335, 20 Décembre 1933]. — Sous le terme de myélose aleucémique mégacaryocytaire, F., C. et G. tentent d'isoler un syndrome hépato-splénique en se basant surtout sur une notion anatomo-pathologique. Au point de vue clinique, l'affection est surtout caractérisée par une splénomégalie considérable lentement développée avec formule hématologique parfois normale ou le plus souvent réduite à une myélémie légère avec anémie inconstante. Le foie est souvent augmenté de volume, l'évolution est échelonnée sur une très longue durée sans aboutir à un syndrome leucémique.

Le diagnostic ne peut être établi qu'à la faveur d'examens histologiques. On trouve particulièrement dans le foie et la rate, mais aussi dans les ganglions lymphatiques et quelquefois dans d'autres organes, une mégacaryocytose tissulaire associée à une réaction myéloïde plus ou moins accusée et à une hyperplasie réticulaire.

L'affection à laquelle s'apparente le plus le syndrome est la leucémie myéloïde dont on pourrait considérer la myélose mégacaryocytaire comme un stade préleucémique, mais la mégacaryocytose tissulaire est beaucoup plus accentuée que dans la leucémie vraie et l'affection évolue souvent pendant plusieurs années dans toute sa pureté, sans aboutir à la leucémie. Evoluant sous le type d'une splénomégalie isolée, la myélose mégacaryocytaire a pu être diagnostiquée splénome, sarcome à grandes cellules, splénomégalie à cellules géantes. La nature mégacaryocytaire de la grande cellule décrite dans la myélose aleucémique est basée sur les analogies morphologiques et sur la coexistence d'un contexte myéloïde significatif. Firket a réalisé chez l'animal, grâce à certains agents toxiques destructeurs des plaquettes, des réactions myéloïdes à mégacaryocytes analogues. Si l'on n'a pu trouver à la myélose mégacaryocytaire une étiologie, l'existence dans quelques cas de foyers tuberculeux enkystés vient peut-être à l'appui d'une pathogénie toxinique.

Robert Clément.

J. F. Martin et **G. Tisserand.** ***L'échinococcose alvéolaire du foie. Echinococcose bavaro-tyrolienne de F. Dévé*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, t. XIV, n° 335, 20 Décembre 1933). — Longtemps cantonnée à l'Europe centrale, l'échinococcose alvéolaire du foie a envahi la Russie, l'Allemagne du sud et la Suisse. Un foyer endémique existe en Franche-Comté et dans les départements limitrophes ainsi que dans le Pas-de-Calais.

La maladie est vraisemblablement transmise à l'homme par les animaux domestiques et atteint surtout la population rurale.

Dues à un sestode très voisin de l'échinocoque hydatique commun, les lésions hépatiques diffèrent totalement du kyste hydatique commun. C'est une tumeur non encapsulée, unique ou multiple, pleine et creusée d'innombrables cavités, infiltrante à la manière des cancers, susceptible de se mortifier, de s'excaver et de suppurer. L'évolution se fait en 3 périodes. Le début peut durer plusieurs années, marqué seulement par des poussées douloureuses dans l'hypocondre droit. La période d'état a une symptomatologie très polymorphe: dans les formes communes: ictère par rétention, gros foie lisse ou bosselé, sans ascite, avec ou sans splénomégalie, douleurs abdominales paroxystiques ou continues, apyrexie, conservation de l'appétit, bon état général, éosinophilie sanguine, réaction de Weinberg positive. On peut distinguer une forme ictérique ou biliaire, une forme ascitique, une forme toxique ou cachectisante et une forme tumorale. La période terminale avec cachexie, ascite, œdème, etc., aboutit à la mort à plus ou moins longue échéance.

Il n'y a pas de traitement médical de l'échinococcose alvéolaire du foie. Il faut conseiller la laparotomie, mais l'étendue ne permettra qu'exceptionnellement une résection du foyer parasité et souvent le drainage d'une caverne nécrobiosée et infectée n'amène qu'une amélioration transitoire de l'état du malade.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

Hamant et **Chalnot.** ***L'anesthésie au rectanol en pratique chirurgicale courante*** (*Revue médicale de l'Est*, t. LXI, n° 20, 15 Octobre 1933). — L'anesthésie rectale à l'avertine semble préférable à l'éthérisation rectale qui a l'inconvénient de distendre l'intestin. H. et C. ont utilisé une solution de tribromo-éthanol dans l'hydrate d'amylène. On calcule la quantité d'anesthésique à employer selon l'état du malade, son poids, son équilibre vago-sympathique, son âge et son sexe, suivant le schéma de Donamig. Une heure avant l'intervention, on injecte au malade une ampoule de génoscopolamine sans morphine, une demi-heure avant, on donne le lavement anesthésique.

Le lavement administré, les mouvements respiratoires diminuent d'amplitude et se régularisent, le pouls ne se modifie pas et le malade tombe dans un sommeil progressif. Il n'y a pas de phase d'excitation, pas de sensation d'étouffement pénible. Une fois le malade endormi, si l'anesthésie n'est pas assez profonde, on complète par l'inhalation du mélange de Schleich avec l'appareil d'Ombrédanne. L'association de l'avertine avec le protoxyde d'azote est particulièrement recommandée à cause de l'effet physiologique contraire de ces deux substances. L'association la moins recommandable est celle de l'avertine et du chloroforme en raison de leur action élective sur le foie et de leur rôle dépresseur des centres respiratoire et circulatoire. L'anesthésie locale est à proscrire pour des raisons analogues. Des cas de mort ont été signalés à la suite de cet emploi d'anesthésiques à action physiologique de même sens et additionnant leurs effets dangereux.

L'anesthésie à l'avertine est particulièrement indiquée chez les malades émotifs ou pusillanimes, chez lesquels on craint un choc nerveux; dans les cas où l'anesthésie générale par inhalation est difficile à donner pour des interventions sur le cou, la face, le sein. Pour la chirurgie du rachis, elle réalise l'anesthésique de choix. Elle est d'un grand secours quand il faut une anesthésie longue et peu choquante (tumeur médullaire, chirurgie gastrique). En chirurgie thoraco-abdominale, notamment dans les abcès du poumon, on peut l'employer; mais, en général, l'anesthésie locale est largement suffisante.

Robert Clément.

J. Guibal, A. Cuénot et **Hamant.** ***Sang et contracture abdominale*** (*Revue médicale de l'Est*, t. LXI, n° 20, 15 Octobre 1933). — Il est intéressant de préciser le rôle du sang comme facteur d'irritation péritonéale. Deux observations cliniques et les discussions qui ont eu lieu à ce sujet dans les sociétés savantes semblent montrer que l'épanchement de sang dans le péritoine ne détermine pas de contracture, sauf quelques exceptions. Par contre, l'épanchement sous-péritonéal ou para-péritonéal du sang peut amener une contracture localisée au voisinage de l'hématome. La contracture, signe constant de péritonite, ne se rencontre qu'exceptionnellement dans l'hémorragie interne pure et rarement dans certains épanchements para-péritonéaux.

G., C. et H. ont cherché à contrôler ces données expérimentalement. Les conclusions de ces recherches sont assez différentes de celles fournies par les faits cliniques. Chez le cobaye, le sang détermine régulièrement l'apparition d'une contracture abdominale; il agit par action irritative et non par action mécanique, puisque les mêmes quantités de sérum physiologique ne déterminent aucune réaction. La contracture dépend de la quantité de sang injecté: au niveau de l'étage inférieur de l'abdomen, 2 cmc sont insuffisants chez le cobaye pour faire apparaître la contracture qui est très nette avec 5 cmc. L'étage supérieur sous-diaphragmatique du péritoine paraît plus irritable que l'inférieur, 2 cmc de sang suffisent à ce niveau pour faire apparaître la contracture pariétale. 5 cmc pour les animaux de 600 à 700 gr. correspondent pour l'homme à 500 cmc environ.

L'excitation du péritoine peut se produire également au niveau de sa face extra-séreuse et la réponse à l'irritation produite par une hémorragie sous-péritonéale est analogue. Quelle que soit la face du péritoine excité, l'irritation produite par le contact du sang entraîne la contracture pariétale et la transformation de la respiration de type abdominal en une respiration de type costal supérieur.

Robert Clément.

GAZETTE MÉDICALE DE NANTES

René Picard. ***Valeur de la recherche des hémorragies occultes dans les selles par le procédé de Gregersen pour le dépistage du cancer de l'estomac par le praticien. Sa comparaison avec la méthode spectroscopique de Snapper et les résultats de l'examen radiologique*** (*Gazette médicale de Nantes*, t. XLVI, n° 16, 15 Août 1933). — La recherche des hémorragies occultes est le seul moyen de dépistage précoce du cancer gastrique. Elle est à la portée de tous les praticiens avec un procédé aussi simple que celui de Gregersen. La réaction de Gregersen n'est autre


LIPOÏDES H.I. Extraits Galéniques Purifiés de tous les organes.
IMPUTRESCIBLES
GYNOCRINOL
contient la folliculine et les vitastérines ovariennes.
STIMULANT & ACTIVATEUR des fonctions ovariennes et de la menstruation.
ANDROCRINOL
contient les hormones et les vitastérines orchitiques.
Nymphomanie — Fatigue cérébrale des intellectuels, Sénilité précoce.
ADRÉNOL TOTAL
opothérapie surrénalienne, SANS ADRÉNALINE.
Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde
POSOLOGIE
au moins 6 pilules par jour.
R. Jouffray
LABORATOIRE ISCOVESCO. 107, r. des Dames. PARIS


ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS
OZÈNES
BULGARINE THÉPÉNIER
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES
1° BOUILLON 4 Verres à Madère par jour
2° COMPRIMÉS 6 à 8 Comprimés par jour avant les repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8°

que la réaction à la benziline d'Adler, mais les corps employés, benzidine et peroxyde de baryum (qui remplace avantageusement l'eau oxygénée parce que plus stable), sont ici pesés et non employés en quantité approximative. 2 gouttes du réactif versées sur des étalements de matières donnent en moins d'une minute une coloration bleue s'il y a du sang. La réaction commode et propre ne demande pas plus de 2 minutes.

La recherche spectroscopique du sang avec la technique de Snapper est beaucoup plus compliquée et ne peut être faite qu'au laboratoire. La disparition de l'hématine, l'hémoglobine étant décomposée en produit ne contenant pas de fer comme la porphyrine, est plus rare que ne l'a dit Snapper. 72 fois sur 80 on a trouvé des réactions positives nettes de l'hématine. La recherche spectroscopique de la porphyrine doit être réservée aux cas où, avec des signes cliniques très suspects, la recherche d'hémorragies occultes par les méthodes colorantes reste négative; elle est alors d'un très grand intérêt.

Les cancers intestinaux ne donnent pas plus fréquemment lieu à des hémorragies occultes que les cancers gastriques. Sur 80 cancers de l'estomac, la réaction de Gregersen a été trouvée 72 fois positive. Dans les 8 observations avec absences d'hémorragies occultes au Gregersen rien ne permettait d'expliquer cette absence, 3 avaient des signes radiologiques évidents, 3 n'avaient que des signes fonctionnels, mais l'évolution vérifia la présomption clinique. Sur 80 cancers, 63 seulement ont donné des images radiologiques anormales lorsque 72 présentaient des hémorragies occultes. L'image radiologique est inconstante et apparaît en général plus tard que les hémorragies occultes. On voit donc l'intérêt de ce procédé rapide de recherche des hémorragies occultes.

Robert Clément.

STRASBOURG MEDICAL

G. Wohlhueter. ***Le cœur des mineurs*** (*Strasbourg médical*, t. XCIII, n° 26, 15 Septembre 1933). — Il existe chez les mineurs des insuffisances cardiaques comparables à celles des ouvriers astreints à un effort corporel considérable dans une atmosphère suffocante, mais la particularité des mineurs de houille est de présenter de l'hypotension artérielle. Dans 67 pour 100 des cas, la pression maxima était au-dessous de la moyenne. La pathogénie de cette hypotension est encore incertaine, on peut la comparer à celle des ouvriers travaillant dans les caissons à pression atmosphérique élevée. L'hypotension du mineur n'est pas gênante pour l'accomplissement d'un travail quotidien assez dur; elle ne peut être considérée comme un facteur de déficience myocardique. La recherche de la capacité fonctionnelle du cœur au moyen d'un effort corporel (monter 40 marches d'escalier) a été faite chez 21 mineurs hypotendus entre 18 et 25 ans. Chez 14 mineurs, la pression n'a pas changé, pas de modification de la différentielle. Chez 2 sujets, la tension initiale a diminué de 5 mm. Chez 5 autres, elle s'est élevée de 5 à 10 mm., avec augmentation proportionnelle de la différentielle. L'accélération du pouls correspond aux conditions physiologiques et le volume cardiaque ne subit aucun changement.

L'hypotension du mineur de houille peut être considérée comme un signe d'adaptation physiologique du système cardio-vasculaire aux conditions régnant dans le milieu souterrain, sans que le cœur subisse toujours une perte de son énergie contractive. Dans l'étiologie de cette hypotension-symptôme, la hausse de la pression atmosphérique et les gaz hypotensifs (CO^2 et CO) pourraient jouer un rôle prépondérant.

Radiologiquement, le cœur du mineur hypotendu ne présente pas de signes pulsatoires caractéristiques ni de modifications notables de sa forme et de sa dimension. Chez un homme qui exécute un travail de force, on devrait trouver une hypertrophie du ventricule gauche; c'est au contraire le ventricule droit qui présente une légère augmentation avec accroissement de l'amplitude pulsatoire. Le type pulsatoire et la forme du cœur du mineur seraient un phénomène de compensation des modifications de la petite circulation dû au travail et au climat souterrain.

Robert Clément.

MAROC MÉDICAL
(Casablanca)

Mme **Delanoe.** ***De l'emploi systématique de la méthode de Fauchier dans le traitement des purpuras hémorragipares par insuffisance des glandes à sécrétions internes au cours de la grossesse, de l'allaitement et de la ménopause*** (*Maroc Médical*, n° 136, 15 Octobre 1933). — Chez une femme de 20 ans, enceinte de 2 mois, atteinte d'un purpura hémorragique sérieux, apyrétique, durant depuis 19 jours, l'injection de 3 cmc d'essence de térébenthine sous la peau de la cuisse aurait amené en 5 minutes une véritable résurrection. Cependant les muqueuses nasales et gingivales continuèrent à saignoter pendant 2 jours. Encouragé par ce fait, on fit un abcès de fixation dans 2 autres cas de purpura, l'un survenu au cours de la grossesse, l'autre chez une indigène de 55 ans, ayant eu 10 enfants, probablement syphilitique, et présentant, en même temps que son purpura hémorragique, de la diarrhée, des douleurs musculaires et articulaires généralisées, de la céphalée et de la fièvre. A la suite de ces abcès de fixation, le purpura disparut.

D. pense que l'injection de térébenthine agit d'abord par apport à l'organisme d'oxygène, élément de désintoxication, et ensuite comme médication leucogène.

Robert Clément.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Bohnstedt. ***L'étiologie tuberculeuse, d'après la technique de Ramel, dans l'érythème noueux et le lupus érythémateux*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 25, 24 Juin 1933). — Ramel, en se basant sur l'expérimentation sur l'animal, montra l'étiologie tuberculeuse de certaines dermatoses, comme l'érythème noueux, l'érythème polymorphe, considérées par beaucoup d'auteurs comme d'origine rhumatismale.

B. examina avec la technique de Ramel 1 cas d'érythème noueux, 6 cas d'érythème polymorphe, 2 cas de lupus érythémateux aigu et 1 cas de lymphogranulomatose.

Dans tous les cas, les recherches sur l'animal furent *négatives*.

R. Burnier.

Smolka. ***Urétrite pseudo-diphtérique avec arthropathies*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVI, n° 25, 24 Juin 1933). — Dans le groupe des urétrites non gonococciques, les urétrites causées par le bacille pseudo-diphtérique ont été l'objet de plusieurs travaux.

Après une incubation en général courte, apparaît un écoulement muco-purulent modéré ou abondant, accompagné de quelques phénomènes subjectifs. Le frottis sur lame du pus montre des bâtonnets intra ou extra-cellulaires, isolés ou en groupes. L'infection de l'urètre de l'homme se fait ordinairement par coït, car on trouve assez souvent des bacilles pseudo-diphtériques sur les muqueuses génitales de la femme adulte.

Sachs a rapporté un cas d'inflammation pseudo-diphtérique de l'urètre et des grandes lèvres chez une jeune femme; il s'agissait d'une urétrite primitive pseudo-diphtérique avec infection secondaire de la vulve.

Dans le cas de S. le frottis du pus urétral montra la présence de bâtonnets prenant le Gram; les cultures sur bouillon, sur ascite-agar, sur gélatine donnèrent des colonies de bacille pseudo-diphtérique.

L'écoulement persista des semaines malgré divers traitements et vaccins. Au cours de la 5e semaine apparurent de la fièvre, des vomissements et un malaise général, ainsi qu'une tuméfaction des articulations du maxillaire, du coude et du cou-de-pied gauches. Une hémoculture pendant la phase fébrile montra des colonies de bacilles pseudo-diphtériques.

Une guérison complète fut cependant obtenue à la suite d'injections au sulfate de cuivre et au permanganate faible.

R. Burnier.

Feilchenfeld. ***La pyrétothérapie dans la gonorrhée de la femme*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 41, 14 Octobre 1933). — La pyrétothérapie a été employée par divers auteurs contre la gonorrhée féminine; en particulier la malariathérapie, les injections de pyrifer, produit albumineux extrait du groupe colibacille, ont été utilisées avec des résultats variables.

F. eut recours à un autre pyrétogène, la *pyroprotine*, dérivé albumineux bactériogène, en injections intraveineuses, dans les gonorrhées rebelles de la femme. Après injection de ce corps, la fièvre peut s'élever à 41°5, s'accompagnant de céphalée, de frissons, de vomissements.

F. traita par cette méthode 163 femmes, qui reçurent en tout 769 injections. La blennorragie de l'urètre, de l'anus, des glandes de Bartholin ne fut pas influencée. Mais on observa des améliorations des blennorragies tenaces du col, ayant résisté aux autres traitements, une régression des annexites inflammatoires et la disparition du gonocoque. 71 pour 100 des malades traitées furent ainsi améliorées et la persistance de la disparition du gonocoque se maintient pour certaines malades depuis 2 ans. Il est à noter que l'amélioration ne dépend pas du degré de fièvre; certaines malades n'ont pas atteint 40°.

90 malades (55,2 pour 100) eurent de l'herpès après l'injection; parmi ces malades, 72 (80 pour 100) furent améliorées.

Les contre-indications à cette méthode sont les mêmes que celles de la malariathérapie et du pyrifer: troubles graves de la circulation, vices du cœur, aortite, néphrite, tuberculose, grossesse, maladie de Basedow.

R. Burnier.

Lapyschef. ***La syphilis chez les Bouriates*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 42, 21 Octobre 1933). — La république des Bouriates est un territoire autonome, appartenant à l'union soviétique, et se trouvant en Sibérie orientale, au voisinage de la Mongolie. Sa population est d'un demi-million d'habitants.

Les Bouriates vivent sous la tente et hommes, femmes et enfants vivent en étroite promiscuité, dormant serrés les uns contre les autres, sur le sol, couverts de peaux de bête et de fourrures; les caleçons et les chemises ne sont jamais lavés et sont portés jusqu'à ce qu'ils soient inutilisables. Aussi la gale, les poux, les pyodermites sont-elles très fréquentes.

On conçoit que, dans un tel milieu, la tuberculose et la syphilis se soient développées avec une grande rapidité.

La syphilis se transmet surtout par voie génitale. La vie sexuelle des femmes est très précoce; nombreuses sont les grossesses avant le mariage et

L. n'a pas rencontré de filles non mariées, âgées de plus de 15 ans, qui soient vierges.

Sur 155 familles examinées au point de vue syphilis, 106 renfermaient des membres atteints de syphilis latente ou en activité (68 pour 100). Sur les 528 sujets examinés, 160 étaient syphilitiques (30 pour 100). Ces 160 cas se répartissaient ainsi : 120 de 20 à 60 ans (75 pour 100), 31 au-dessus de 60 ans (19 pour 100) et 9 au-dessous de 20 ans (6 pour 100). Dans 44 pour 100 des cas, la syphilis paraissait héréditaire.

Sur les 160 syphilitiques, 50 présentaient des lésions actives, surtout tertiaires (42 cas), la syphilis primaire et secondaire ne fut observée que 8 fois. Cette fréquence de la syphilis tertiaire observée par L. est confirmée par les statistiques des malades bouriates traités en 1924 dans les dispensaires : 10.926 malades furent traités pour syphilis, 500 pour syphilis primaire, 3.838 pour syphilis secondaire et 6.588 pour syphilis tertiaire (60 pour 100). Cette syphilis tertiaire peut être très mutilante, détruisant tous les os du centre de la face.

Comme la tuberculose est également fréquente chez les Bouriates, on peut noter une symbiose des 2 affections et L. a observé plusieurs cas de lésions hybrides syphilitico-tuberculeuses.

R. Burnier.

Marras. ***L'action caustique sur la peau des gaz de combat (croix jaune)*** [*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 43, 28 Octobre 1933]. — Le sulfure d'éthyle dichloré (ypérite) exerce une action caustique, vésicante sur la peau. Au bout de quelques heures, apparaît du prurit, des taches rouges et un gonflement de la peau ; la guérison survient habituellement rapidement après desquamation à grosses squames.

M. a observé 2 laborantines qui avaient manipulé 2 vieux flacons d'ypérite et qui, 8 heures plus tard, eurent de la conjonctivite, un œdème rouge de la peau des 2 avant-bras et du dos de la main droite avec nombreuses vésicules, qui se réunirent pour former des bulles volumineuses, contenant une sérosité claire jaunâtre.

Les lésions guérirent rapidement après ouverture des bulles, pansement à l'alcool thymolé et pommade à la glycérine boratée.

R. Burnier.

Philadelphy. ***La présence du bacillus crassus dans les ulcérations de la muqueuse buccale au cours de l'ulcus vulvae acutum*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 44, 4 Novembre 1933). — L'ulcère aigu de la vulve peut s'accompagner d'érosions aphteuses et d'ulcérations de la muqueuse buccale, ainsi que de manifestations cutanées rappelant l'érythème noueux.

P. a observé chez une vierge de 21 ans une ulcération grande comme une pièce de 1 franc à la face interne des 2 petites lèvres, légèrement œdématiées, et accompagnée d'une adénopathie inguinale gauche douloureuse. Sur la muqueuse de la joue droite, en face la 2e molaire, existait une exulcération grosse comme une tête d'épingle, reposant sur une base lenticulaire rougeâtre infiltrée. En outre, en arrière des grosses molaires, existait une ulcération à surface grisâtre ; l'haleine était fétide, les ganglions sous-maxillaires un peu augmentés de volume, à peine douloureux. La fièvre, qui était montée à 39°, tomba en quelques jours et les ulcérations se cicatrisèrent.

Les frottis des ulcérations génitales montrèrent du *bacillus crassus;* celui-ci fut également trouvé dans les ulcérations buccales, accompagné de cocci et de bacilles fusiformes. Des cultures, faites sur milieu gélose-sang, montrèrent du *bacillus crassus* dans les tubes ensemencés avec la sécrétion des ulcérations génitales et buccales ; mais la culture pure ne put être obtenue avec les ulcérations buccales.

R. Burnier.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

Clive Sippe (Sydney). ***Angor hypoglycémique avec rapport de 5 cas*** (*The medical Journal of Australia*, XXe année, t. II, n° 10, 2 Septembre 1933). — Pour fonctionner parfaitement, le cœur normal a besoin non seulement d'une quantité de sang suffisante, mais aussi de l'apport adéquat dans les vaisseaux coronaires des éléments nutritifs indispensables. Parmi ceux-ci, le glucose est le plus important pour le processus de contraction musculaire. Une diminution du glucose sanguin conduit à une fatigue précoce et à un fonctionnement imparfait. Les hypoglycémiques présentent assez fréquemment des douleurs précordiales et une sensation d'étouffement qui rappelle beaucoup l'angine de poitrine. Chez les hypoglycémiques, la dyspnée cependant est en général plus intense que les phénomènes douloureux.

Les acétonémiques, qui ont perdu le pouvoir d'utiliser le glucose, se comportent à ce point de vue comme les hypoglycémiques.

Au cours de l'hypoglycémie et des cétoses, il existe des troubles électrocardiographiques qui expliquent l'apparition de ces signes cardiaques. Les modifications du tracé consistent en aplatissement ou inversion des ondes P, faible intensité des complexes Q, R, S, dépression de l'intervale S, T. Ces modifications de l'électrocardiogramme ne sont pas les seules manifestations de l'hypoglycémie et des cétoses. Elles témoignent de l'atteinte du muscle cardiaque dans ces états humoraux et posent l'indication de l'administration de sucre dont l'efficacité constitue une véritable épreuve thérapeutique.

Robert Clément.

V. M. Coppleson. ***L'état actuel des méthodes d'injection dans le traitement des veines variqueuses et des hémorroïdes*** (*The medical Journal of Australia*, XXe année, t. II, n° 14, 30 Septembre 1933). — La solution sclérosante la meilleure pour les *hémorroïdes internes* est la solution d'acide phénique dans de l'huile d'amandes douces ; elle n'est pas toxique, elle présente peu de danger de provoquer des ulcérations et peut être injectée en quantité suffisante pour traiter une large surface de tissu ; il résulte de ces injections une sclérose ferme et durable. On peut en dire autant des injections de quinine et de sels d'urée, mais la sclérose n'est pas si ferme et dure moins longtemps. Le morrhuate de soude paraît plus douloureux et est suivi plus fréquemment de récidives.

Les hémorroïdes dans lesquelles les injections sont indiquées sont celles du premier et du second degré non compliquées. Les hémorroïdes fibreuses ou polypeuses, les hémorroïdes du 3e degré, souvent recouvertes en partie de la muqueuse et de la peau ; celles qui sont associées à une fissure anale, à une fistule, à un carcinome, à un polype, etc., les hémorroïdes externes et les internes chez les personnes nerveuses qui ne tolèrent pas un spéculum sont contre-indiquées pour ce traitement. Environ 70 à 80 pour 100 des malades se présentant eux-mêmes pour le traitement relèvent de cette méthode. Les résultats immédiats sont excellents ; cependant, il peut se former de nouvelles hémorroïdes qui nécessiteront des injections ultérieures. Dans les hémorroïdes du 3e degré et dans toutes celles qui sont compliquées, c'est le traitement opératoire qui est indiqué, soit par excision, soit par ligature.

250 sujets atteints de *varices* ont été traités par les injections sclérosantes de solution de quinine-uréthane, de salicylate de soude, de morrhuate de soude et plus récemment de salicylate de lithium. La quinine-uréthane est la plus utilisée, elle donne une sclérose satisfaisante, il n'y a jamais eu de cas mortels rapportés ; C. a observé 2 cas d'intoxication quinique, l'un assez grave. La tolérance du malade doit toujours être tâtée à la première injection par une dose qui ne doit pas dépasser 1/2 à 1 cmc. Le morrhuate de soude est le moins capable de provoquer des ulcères, mais son injection est suivie pendant quelques minutes d'un gonflement très douloureux de la veine. Il vaut mieux rejeter son emploi, sauf dans les cas de petites veines capables de s'ulcérer après injections de quinine. Les injections de sucre et de sels utilisées ailleurs semblent capables d'entraîner des embolies pulmonaires et des cas de mort ont été signalés. La méthode des injections sclérosantes a maintenant remplacé définitivement l'opération dans le traitement des varices. Bien des résultats sont parfaits avec guérison complète sans escarre et sans déformation.

Robert Clément.

A. E. Panting. ***Le traitement des hémorroïdes par la quinine-urée*** (*The medical Journal of Australia*, XXe année, t. II, n° 14, 30 Septembre 1933). — 150 malades atteints d'hémorroïdes ont été traités par 915 injections consécutives de quinine-urée, avec un résultat très favorable dans 92 pour 100 des cas. La solution de quinine-urée à 5 pour 100 paraît être la meilleure pour le traitement des hémorroïdes, elle est bon marché, antiseptique, analgésique et non toxique à la dose employée. La solution est injectée dans le tissu sous-muqueux qui entoure la veine et non dans la veine ; s'il y a le moindre doute il suffit d'aspirer légèrement pour s'assurer qu'on est en bonne place. Les paquets hémorroïdaires sont atteints grâce à un speculum anal, badigeonnés à la teinture d'iode avant l'injection. La piqûre est indolore si la solution est poussée lentement. La muqueuse est soulevée, mais garde sa couleur rose. Une injection trop superficielle produit une vésicule grise et si le liquide n'est pas immédiatement évacué, une escarre s'ensuivra ; si, au contraire, l'aiguille pénètre dans le muscle, l'injection sera très douloureuse et inefficace sur les hémorroïdes.

Robert Clément.

LE SCALPEL (Bruxelles)

G. Coryn (Bruxelles). ***Ostéose parathyroïdienne (maladie de Recklinghausen). Parathyroïdectomie*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 43, 28 Octobre 1933). — Une jeune femme présenta à l'âge de 20 ans, à la suite d'une chute, une fracture du fémur qui révéla un kyste intra-osseux. Les années suivantes, plusieurs fractures survinrent et à partir de 27 ans, les douleurs spontanées des os forcèrent la malade à s'immobiliser dans un fauteuil. Les clichés radiographiques montrent une décalcification extraordinaire des os, ceux-ci sont farcis de kystes, de géodes, de perte de substance. Dans le sang, le calcium total était, à 28 ans, de 146,2 milligr. pour 1.000 ; le calcium ultra-filtrable, de 66,2 pour 1.000 ; les phosphates inorganiques, au taux de 63 milligr. 3 ; la réserve alcaline de 46, 8 volumes.

Il fallut 3 interventions pour découvrir une tumeur du volume d'une noisette comprise dans un dédoublement de la capsule thyroïdienne, et constituée par un adénome parathyroïdien. Après la troisième opération, le calcium sanguin tomba à 90 milligr. pour 1.000, pour s'élever 6 mois après à 107 pour 1.000. Ce n'est qué 3 mois après l'opération qu'on a pu constater une amélioration manifeste, début de consolidation du fémur droit, de l'humérus gauche, de l'avant-bras ; 4 mois après, survint encore une fracture spontanée de 2

côtes; 6 mois après, les mouvements actifs des 4 membres sont possibles.

Lorsque le diagnostic radiologique de la maladie de Recklinghausen est hésitant, l'étude du métabolisme du calcium permet d'affirmer la nature exacte de la maladie. Jusqu'ici, la parathyroïdectomie est le seul traitement qui s'est montré régulièrement efficace. En cas d'insuccès dans la recherche de la parathyroïde malade, il faut essayer la radiothérapie.

ROBERT CLÉMENT.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
(Bruxelles)

Hoet (Louvain). ***La maladie de Simmonds et ses rapports avec l'hormone thyréotrope de l'hypophyse*** (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 5e série, t. XIII, n° 8, 30 Septembre 1933). — H. a eu l'occasion d'observer une jeune femme de 27 ans qui, à la suite d'un accouchement, devint aménorrhéique avec perte de tout appétit sexuel, rareté et aspect particulier des poils pubiens, absence de poils axillaires, asthénie, céphalée, vomissements, diminution du métabolisme basal et de l'excrétion uréique; un homme de 33 ans, marié et sans enfant, atteint d'impuissance avec syndrome pilaire peu accusé et faciès blafard, diminution considérable du métabolisme basal et légère réduction du débit urinaire; et un homme de 27 ans, impuissant, avec absence de poils axillaires et de poils pubiens, régression des organes génitaux externes, amaigrissement de 10 kilogr.: métabolisme basal de — 20 pour 100 et excrétion urinaire faible. Chez les 2 hommes, il existait une tumeur intrasellaire visible radiologiquement avec, dans un cas, destruction de l'hypophyse constatée à l'autopsie.

H. pense que dans le syndrome de Simmonds, l'état cachectique est causé par les lésions diencéphaliques plutôt que par l'insuffisance hypophysaire. Par contre, la déficience de l'hormone gonamotrope de l'hypophyse serait responsable de l'atrophie génitale, de l'aménorrhée, de l'impuissance ou de la frilosité sexuelle, de la perte ou de l'aspect sénile des poils pubiens ou axillaires. L'abaissement du métabolisme de base, la réduction de l'excrétion d'urée avec un débit urinaire réduit, l'hypothermie, la bradycardie et peut-être bien le faciès blafard et l'anémie relèveraient de l'insuffisance de l'hormone thyréotrope de l'hypophyse.

L'hypotrophie génitale, l'atrophie ou la sclérose de la glande thyroïde seraient des phénomènes secondaires et relèveraient d'une interrelation hormonale. Les injections d'hormone thyréotrope, extraite du lobe antérieur de l'hypophyse, augmentent le métabolisme basal du cobaye de 50 pour 100. Chez l'homme, 1.000 unités de cette hormone thyréotrope ont entraîné en 4 à 6 jours une élévation du métabolisme basal de 40 pour 100. Dans un cas, l'injection de cette hormone a considérablement augmenté le débit urinaire et surtout l'excrétion d'urée.

ROBERT CLÉMENT.

LA REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES
(Louvain)

J. Morelle. ***Influence de la vitamine D sur la consolidation des fractures expérimentales.*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. V, n° 7, Août-Septembre 1933). — M. a étudié chez le rat et chez le lapin l'influence de l'ergostérol irradié sur les fractures des os de la patte postérieure ou la fracture isolée du péroné.

Les doses thérapeutiques de vitamine D accélèrent la formation du cal dans la fracture du péroné chez le rat; cette action favorable est de durée limitée et paraît porter uniquement sur l'étape cartilagineuse de consolidation. Une dose journalière de 10 unités reste sans effet, 50 à 100 unités accélèrent la formation du cal; 1000 unités exercent encore une action favorable mais moins nette.

Les fortes doses de vitamine D retardent l'apparition du cal. Cet effet nocif se constate chez le rat pour une dose journalière de 7.500 à 10.000 unités et plus, on l'observe aussi chez le lapin avec 30.000 unités par jour. Ce retard n'est pas dû à l'atteinte de l'état général, mais relève de lésions histologiques consistant surtout en prolifération de tissu fibroblastique. L'influence défavorable s'observe encore 2 mois après la fracture. Les animaux jeunes se montrent plus résistants à cette influence nocive que les adultes. Le lapin y est plus sensible que le rat.

Un traitement préalable par des doses faibles et moyennes de vitamine D reste sans action sur la formation ultérieure du cal. L'administration tardive (3 semaines après la fracture) de doses élevées d'ergostérol irradié retarde la consolidation des fractures chez les animaux traités.

De fortes doses d'ergostérol irradié élèvent la calcémie du rat, jeune et adulte, sans qu'il y ait aucun parallélisme entre les doses employées et le taux du calcium sanguin. 1000 unités ont à peu près la même action que 20.000 et 50.000 unités. Chez le lapin, 30.000 unités par jour élèvent le taux de la calcémie après 14 et 21 jours; la phosphatémie ne semble pas influencée.

ROBERT CLÉMENT.

A. Landau et **Mme T. Hercenberg.** ***Les états hypoglycémiques*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. V, n° 8, Octobre 1933). — L. et H. ont observé un homme de 59 ans qui présentait des crises survenant d'habitude 3 à 4 heures après le repas caractérisées par une faim paroxystique, de la faiblesse, du tremblement des membres, de l'inquiétude psychique, de la dyspnée, des sueurs profuses, une certaine obnubilation. Tous ces accidents disparaissaient après l'ingestion de pain et de thé sucré et correspondaient à une hypoglycémie. Chez ce malade, il n'existait pas de signes de déficience hépatique, la courbe de l'hyperglycémie alimentaire était normale, aucune lésion chronique du tube digestif. Pas d'insuffisance hypophysaire, ni thyroïdienne. La diminution de la tension artérielle et l'hyperpigmentation des téguments font supposer qu'il s'agissait d'un hyperfonctionnement des îlots de Langerhans, accompagné peut-être d'une insuffisance des capsules surrénales. Ce trouble fonctionnel était-il en rapport avec une lésion néoplasique ? Il n'y avait ni présence de tumeur, ni cachexie.

Il faut distinguer nettement l'hypoglycémie simple, le syndrome hypoglycémique et l'hyperinsulinémie. L'hypoglycémie n'est constituée que par une teneur du sang en glucose inférieure à la normale. Le syndrome d'hypoglycémie comprend un ensemble de symptômes cliniques qui forment une entité morbide bien définie et qui exigent un traitement particulier: l'administration d'hydrates de carbone. Par hyperinsulinémie, il faut entendre la présence d'insuline en excès dans le sang par suite de l'hyperfonctionnement des îlots de Langerhans ou d'un apport exagéré d'insuline. Cet état est la cause la plus fréquente, mais non la seule, de l'apparition du syndrome hypoglycémique.

Il y a discordance entre le taux de la glycémie et l'apparition des symptômes cliniques; avec une hypoglycémie notable, les troubles cliniques peuvent faire défaut, alors qu'ils existent parfois avec un taux de glycémie assez élevé.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY
(Chicago)

Curth. ***Infection extragénitale avec le virus du lymphogranulome inguinal*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 3, Septembre 1933). — Un homme de 45 ans vit apparaître 10 jours après un coït lingual avec une négresse une ulcération de la pointe et des bords de la langue, accompagnée d'une tuméfaction inflammatoire des ganglions régionaux. La réaction de Frei fut trouvée positive chez ce malade et le pus obtenu par ponction des ganglions cervicaux donna une réaction positive chez d'autres malades atteints de lymphogranulomatose inguinale.

C'est le deuxième cas de ce genre observé par Curth, qui publia le premier en 1931 avec Buschke.

La syphilis peut être facilement écartée; d'ailleurs le Wassermann fut négatif dans les 2 cas et le traitement arsénico-bismuthique n'empêcha pas la lésion linguale de s'étendre.

Le chancre mou doit être également éliminé; la recherche du bacille de Ducrey fut négative, ainsi que l'intradermo-réaction au Dmelcos.

La tuberculose, l'actinomycose, la blastomycose, le cancer furent également éliminés, grâce à la biopsie et à l'inoculation au cobaye.

Il s'agit bien d'une localisation rare de la maladie de Nicolas-Favre.

R. BUNNIER.

Llewellyn Williams Lord. ***L'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse dans le traitement de l'alopécie*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 3, Septembre 1933). — On a preconisé l'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse contre l'alopécie et la pelade en particulier.

L. a traité 5 cas de pelade, 3 par des injections d'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse, un par un traitement local accompagné d'irradiation ultra-violette, et par un traitement local seul.

La durée du traitement fut dans les 5 cas sensiblement égale: 8 mois et demi, avant d'obtenir la repousse des cheveux.

On ne peut donc pas tirer de ces cas un argument pour ou contre l'extrait hypophysaire; une expérimentation plus large est nécessaire.

R. BUNNIER.

Ambler. ***Valeur diagnostique de la réaction à la luétine*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 3, Septembre 1933). — L'injection intradermique de luétine préparée avec des testicules de lapin syphilitique fut étudiée chez 500 malades dont 141 étaient syphilitiques.

Sur les 359 non syphilitiques, 352 donnèrent une réaction négative et 7 une réaction positive, soit 1,9 pour 100 de réactions fausses.

Sur les 141 syphilitiques, 109 donnèrent une réaction négative et 32 une réaction positive (23,4 pour 100).

32 malades atteints de syphilis latente fournirent une réaction positive dans 12,5 pour 100 des cas; 24 malades atteints de syphilis récente donnèrent 8,3 pour 100 de résultats positifs; 27 syphilitiques anciens en activité donnèrent 24,7 pour 100 de résultats positifs; 18 malades atteints d'aortite ou d'anévrysmes de l'aorte d'origine syphilitique donnèrent un pourcentage de 11,1 pour 100; 5 malades atteints de gommes cutanées fournirent 100 pour 100 des résultats positifs; il en fut de même de 7 malades atteints de kératite interstitielle et d'irido-cyclite; 8 syphilitiques héréditaires donnèrent un pourcentage de 87,5 pour 100.

A. conclut que la réaction à la luétine ne donne pas des résultats suffisamment constants pour

être considérée comme une réaction de choix dans le diagnostic de la syphilis. D'une part, elle peut donner des résultats positifs chez des non syphilitiques et d'autre part des réactions négatives chez des syphilitiques. C'est dans les gommes de la peau et les affections oculaires syphilitiques que la réaction à la luétine semble donner les renseignements les plus intéressants.

R. Burnier.

Irgang, Alexander et Sala. *Les composés bismuthiques dans le traitement de la syphilis active* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 3, Septembre 1933). — I., A. et S. utilisèrent 6 préparations différentes: un tartro-bismuthate de sodium soluble dans l'eau, un bismuth dérivé de l'acide campho-carboxylique soluble dans l'huile, un salicylate de bismuth en suspension huileuse, un iodoquinate de Bi, en suspension huileuse, un tartrobismuthate de sodium associé à un iodoquinate de Bi, tous ces sels en injections intramusculaires, et enfin un tartrate de Bi en solution aqueuse pour injections intraveineuses.

Les sels solubles paraissent agir plus rapidement que les insolubles. Les accidents primaires et secondaires guérissent en 2 à 6 semaines, les gommes en 4 à 15 semaines.

Le tartro-bismuthate de sodium est la préparation soluble la plus efficace, le salicylate de Bi en suspension huileuse est la meilleure des préparations insolubles.

Dans 10 pour 100 des cas, on nota une hépatite syphilitique légère, décelée par le test de van den Bergh; on n'observa aucun cas de jaunisse. Dans 32 pour 100 des cas, on trouva des cylindres dans l'urine.

Le salicylate de Bi négative le Wasermann dans 80,9 des cas. Les tréponèmes disparaissent plus vite avec les sels solubles (2 à 7 jours) qu'avec les sels insolubles (9 à 18 jours). Les injections intraveineuses ne paraissent jouer aucun rôle tréponémicide. Dans un cas, les tréponèmes ont persisté 52 jours après 20 injections.

Les composés bismuthiques peuvent produire une réaction de Herxheimer; les signes généraux apparaissent de 6 à 48 heures après la première injection, plus souvent avec les sels solubles; les réactions locales s'observent ordinairement dans les 4 premiers jours.

La céphalée survient parfois après le premier mois et au cours du traitement; c'est un signe d'allergie, au même titre que la diarrhée et les crampes abdominales. L'anémie syphilitique est améliorée par le bismuth.

Le liséré gingival fut très fréquemment observé; la stomatite fut notée dans 58 pour 100 des cas. Le ptyalisme peut exister en l'absence de stomatite et de gingivite.

On peut observer au cours du traitement par le bismuth diverses dermatoses: urticaire, œdème angio-neurotique, pityriasis rosé, miliaire, eczéma, pemphigus, herpès. Le prurit peut être localisé ou généralisé.

La douleur locale est plus marquée avec les injections aqueuses. Les nodosités sont plus fréquentes avec les composés solubles dans l'eau ou l'huile. L'injection intraveineuse de bismuth doit être rejetée; elle est dangereuse et peu efficace au point de vue thérapeutique.

R. Burnier.

Lewis et Clayton. *Pseudo-xanthome élastique et stries angioïdes de la rétine* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 4, Octobre 1933). — Le pseudo-xanthome élastique, décrit par Darier, est caractérisé par une teinte jaune, mêlée de lilas, avec épaississement, mollesse et relâchement de la peau de certaines régions: grands plis articulaires, aines, plis du coude, aisselles et cou; il apparaît dans le jeune âge ou chez des adultes. Histologiquement il s'agit d'une dégénérescence du réseau élastique des parties profondes du chorion.

L. et C. ont observé un cas de cette affection chez une jeune fille de 26 ans, associée à des stries angioïdes de la rétine. Cette association a été rapportée 16 fois dans la littérature; elle est sans doute due à une altération des fibres élastiques de la choroïde.

Dans le cas de L. et C., il y avait également des lésions de la muqueuse nasale et buccale.

Des applications de rayons sur la nuque, siège des lésions cutanées, amenèrent une amélioration apparente des lésions.

R. Burnier.

Uscher. *Psoriasis des muqueuses* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 4, Octobre 1933). — Le psoriasis des muqueuses est très rare; son existence a même été mise en doute et Darier, dans son Précis, nie son existence.

U. en rapporte 2 cas. Le premier a trait à un homme de 24 ans, chez lequel la syphilis et l'abus du tabac n'étaient pas en cause. Sur le corps existaient des lésions typiques de psoriasis et la langue présentait sur ses 2 faces un aspect blanchâtre; la biopsie montra une acanthose, une papillomatose et une parakératose, ce qui est compatible avec le diagnostic de psoriasis. Les lésions du corps furent traitées par des applications de pommade cadique et chrysophanique et le malade absorba une potion à l'arsénite de potasse. En 6 semaines, la peau et les muqueuses furent absolument normales.

Le deuxième cas concerne une fillette de 13 ans, atteinte de psoriasis généralisé, qui récidiva malgré des applications de pommade à la chrysarobine et des injections de cacodylate de soude. La biopsie d'un élément de psoriasis cutané montra des lésions typiques de psoriasis. La muqueuse buccale, qui présentait un aspect gris blanchâtre en réseau, ne montra pas de lésions typiques de psoriasis; on trouva une parakératose marquée, l'absence de la granuleuse, une hyperacanthose sans micro-abcès. Des injections intraveineuses d'hyposulfite d'or et de sodium firent presque complètement disparaître les lésions cutanées et améliorèrent nettement les lésions buccales.

R. Burnier.

Epstein, B. Paul, Rusk et Levin. *Calcification de la peau et du tissu sous-cutané (calcinose).* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 4, Octobre 1933). — La calcinose ou dépôt du calcium dans les tissus peut reconnaître 2 formes: l'une résulte d'un trouble du métabolisme du calcium, comme dans l'observation d'E., P., R et L., l'autre est la conséquence de la métastase des sels calciques provenant d'un dépôt normal du calcium dans le corps; cette forme résulte d'une destruction osseuse, comme on l'observe dans l'ostéomalacie, l'ostéomyélite et la leucémie.

Les tumeurs ou plaques, de la grosseur d'un pois à une noisette, peuvent siéger en divers points du corps, ordinairement sous la peau; on les trouve plus fréquemment aux mains, aux poignets, aux coudes, aux genoux. Ces tumeurs dures ou molles peuvent s'enflammer et le contenu être expulsé au dehors. L'analyse chimique montre qu'il s'agit ordinairement de phosphate tricalcique, plus rarement de chlorure ou de carbonate.

La calcinose est fréquemment associée à d'autres maladies, en particulier la sclérodermie, la dermatomyosite, la myosite fibreuse, l'ostéomyélite, la néphrite chronique, la maladie de Raynaud et l'artériosclérose.

L'étiologie est obscure. L'association fréquente avec la sclérodermie peut indiquer une étiologie commune ou suggérer que la sclérodermie prépare la calcinose.

Le traitement est souvent illusoire. Cependant on a observé des améliorations après administration de phosphate disodique par la bouche, 2 gr. 3 fois par jour, ou encore par un régime pauvre en calcium associé à un agent décalcifiant comme le chlorure d'ammonium.

R. Burnier.

Benham et Hopkins. *Champignons levuriformes trouvés sur la peau et dans l'intestin de sujets normaux* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 4, Octobre 1933). — Sur 100 sujets adultes normaux examinés, on ne trouva jamais de *Monilia albicans* sur la peau ou les ongles. Par contre d'autres levures, en particulier des cryptococcus et des mycoderma, furent trouvées sur la peau et les ongles dans 72 pour 100 des cas.

Sur la langue et dans les fèces, on trouva des champignons levuriformes dans 80 pour 100 des cas. Il s'agissait le plus souvent de mycorderma et de cryptococcus; mais *Monilia albicans* fut trouvé dans le tractus digestif de 18 pour 100 des sujets examinés.

R. Burnier.

EDINBURG MEDICAL JOURNAL

A. R. Gilchrist et R. M. Murray-Lyon. *La gestation hâte-t-elle la terminaison fatale dans les cardiopathies rhumatismales?* (*Edinburg Medical Journal*, t. XL, n° 12, Décembre 1933). — 109 cas mortels de rhumatisme cardiaque ont été étudiés pour mettre en évidence l'effet des grossesses répétées sur le cours de la maladie. On a établi un parallèle entre les multipares, les nullipares et les hommes quant à leur longévité moyenne, la façon de mourir, la durée de la cardiopathie et le taux de progression de la terminaison fatale. Dans tous les cas, il y avait sténose mitrale, isolée ou en association avec d'autres lésions valvulaires.

Pas de différences caractéristiques dans la durée de la maladie chez les femmes nullipares ou multipares; l'évolution paraît plus courte chez les hommes.

La fibrillation auriculaire n'est pas nécessairement l'indication qu'une charge supplémentaire a été imposée au cœur durant la gestation; l'apparition de ce symptôme dépend pour beaucoup de la longueur de survie depuis la première atteinte cardiaque.

Dans 92 pour 100 des cas, la mort survient par défaillance cardiaque congestive. Le fait que les multipares mourant d'insuffisance cardiaque ont en moyenne 4 à 5 enfants chacune montre que les grossesses répétées avancent l'issue fatale.

Sauf 2 exceptions, tous les autres malades ont succombé à des embolies cérébrales. Les femmes ayant eu des enfants, mortes de cette façon, avaient vécu en moyenne 12 ans de plus que celles qu'une défaillance cardiaque avait terrassées. En dépit de leur vie plus longue, leur famille n'était composée en moyenne que de 1,7 enfant. En échappant au fardeau d'une nombreuse famille, elles s'assurent contre le risque d'une défaillance cardiaque autour de 38 ans pour mourir seulement d'embolie 12 ans plus tard. 50 ans paraît être la longévité maximum des individus mourant de cardiopathie rhumatismale.

Si la gestation doit être évitée dans les formes les plus graves de rhumatisme cardiaque, on peut conclure de ces recherches que 1 ou 2 enfants peuvent être mis au monde sans risques par la majorité des femmes atteintes de cardiopathie. Cependant, les grossesses répétées tendent à raccourcir la durée de la vie chez les femmes souffrant d'une affection cardiaque rhumatismale et augmentent chez elles le risque de mort par défaillance cardiaque congestive.

Robert Clément.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

F. Coste, A. Grigaut et **P. Charmant.** ***L'uricémie dans la goutte et le rhumatisme*** (*Le Bulletin médical*, t. XLVII, nº 51, 23 Décembre 1933). — Sur 20 goutteux, on a trouvé 3 uricémies normales et 17 hyperuricémies; les 3 uricémies normales n'ont été dosées qu'une fois. Sur 40 malades atteints de polyarthrite ou monoarthrite, 27 fois, le taux de l'acide urique du sang était entre 0,040 et 0,049, 10 fois inférieur à 0,040; dans 3 cas seulement, il était supérieur à la normale. Dans 21 arthroses, on trouve 14 fois une uricémie entre 0,040 et 0,049, 5 fois, un taux inférieur, 2 fois, un taux supérieur. Chez 18 malades présentant des névralgies, des myalgies, des arthralgies vagues et des périarthrites, 11 fois, il y avait augmentation de l'acide urique du sang, 7 fois, un taux normal.

Ces dosages permettent de conclure que dans la goutte, l'absence d'hyperuricémie est une éventualité rare et qu'inversement, dans le rhumatisme chronique des jointures, elle est la règle. Par contre, dans les névralgies ou myalgies plus ou moins définies, il y a une proportion importante d'hyperuricémie, mais l'examen de ces cas montre qu'il s'agissait de juifs, d'obèses pléthoriques suralimentés, presque toujours de sédentaires de la classe aisée suspects de goutte larvée. Les phénomènes douloureux présentés par ces sujets sont à considérer comme de simples équivalents goutteux rentrant dans la goutte larvée ou abarticulaire. Il n'est pas besoin d'ouvrir pour eux un chapitre spécial de pathologie sous le nom de rhumatisme goutteux.

La goutte et le rhumatisme chroniques constituent 2 groupements morbides nettement dissociés et, si l'on trouve au cours du rhumatisme le syndrome humoral de la goutte, il paraît dangereux d'en tirer une conclusion étiologique.

Robert Clément.

LE NOURRISSON
(Paris)

A.-B. Marfan. ***La scrofule, forme spéciale de tuberculose*** (*Le Nourrisson*, XXIe année, nº 6, Novembre 1933). — La scrofule ne figure plus dans les traités et manuels actuels. M. estime que cette omission n'est pas justifiée et il expose tout d'abord la conception ancienne de la scrofule.

La scrofule, entre 1850 et 1880, était considérée, d'après Bazin, comme une diathèse qu'on observe surtout chez les enfants et qui englobait trois groupes de manifestations : 1º des adénites chroniques à tendance suppurative, particulièrement cervicales, appelées « écrouelles »; 2º des altérations particulières de la peau et des muqueuses ou *scrofulides :* impetigo, ecthyma et gourmes scrofuleuses chez les jeunes enfants; lichen scrofulosorum et lupus commun chez les grands enfants et les adolescents; rhinite vestibulaire ulcéro-croûteuse, kératite dite phlycténulaire, blépharite ulcéro-croûteuse, otorrhées chroniques et bronchites à répétition; 3º des *caries osseuses*, des *arthrites* et des *synovites fongueuses*. Enfin, on attribuait au scrofuleux un *habitus particulier:* peau blanche, faciès spécial avec œil rouge larmoyant, gros nez, lèvre épaisse.

A partir de 1880, on critique cette conception et on en vient à demander que la scrofule soit rayée de la nosologie. Nélaton soutient que la carie osseuse des scrofuleux est une ostéite tuberculeuse et que les arthrites fongueuses sont également tuberculeuses. A la suite de la découverte du bacille de Koch et des inoculations positives on range les écrouelles parmi les adénites tuberculeuses. Les gourmes scrofuleuses sont également rattachées à la tuberculose ainsi que le lupus commun. Le lichen scrofulosorum devient une tuberculide, cependant que l'impetigo et l'ecthyma scrofuleux sont identifiés avec l'impetigo et l'ecthyma commun.

« A ce moment, dit M..., vers l'an 1900, pour la plupart des médecins, de l'ancienne scrofule il ne restait plus rien; une partie avait passé dans la tuberculose, l'autre dans les pyodermites. »

M. rappelle que tout en acceptant les découvertes sur lesquelles on s'était appuyé pour démembrer la scrofule, il n'avait pu s'empêcher de faire quelques remarques :

Les principales manifestations de l'ancienne scrofule sont des affections tuberculeuses, sans doute, mais ce sont des *lésions tuberculeuses très spéciales:* elles restent compatibles avec un assez bon état général et elles guérissent souvent sans que le malade ait présenté des signes de tuberculose pulmonaire, surtout si elles ont évolué dans les premières années de la vie. M. a avancé depuis longtemps que la guérison des écrouelles, lorsqu'elle survient avant 15 ans, confère une sorte d'immunité pour la tuberculose pulmonaire. Il a constaté d'autre part que chez les adultes qui présentent une tuberculose pulmonaire en évolution il est tout à fait exceptionnel de trouver des cicatrices d'écrouelles guéries avant 15 ans.

M. pensa ainsi que la tuberculose ganglionnaire *de l'enfance* est la plus immunisante de toutes les formes de tuberculose évolutive, mais tout en maintenant l'exactitude des faits précédents il reconnaît avoir considéré à tort que l'immunité devait résulter d'une guérison complète de la tuberculose, alors qu'il est établi aujourd'hui que pour les maladies chroniques (tuberculose comme syphilis), la guérison complète fait perdre l'immunité.

Les lésions tuberculeuses attribuées autrefois à la scrofule se distinguent donc par leur bénignité relative et par leur pouvoir de conférer au sujet qui en est atteint un certain degré de résistance à la tuberculose.

La découverte de la *cuti-réaction* a puissamment contribué à restaurer la notion de « scrofule ». Chez les scrofuleux, en effet, non seulement la réaction de Pirquet est toujours positive, mais elle est encore très intense. L'*examen radiologique* a permis de constater, d'autre part, la grande fréquence des tuberculoses ganglio-pulmonaires, récentes ou anciennes, chez les scrofuleux.

La nouvelle conception de la scrofule soulève encore des problèmes délicats et M. pense que certaines manifestations scrofuleuses pourraient être attribuées à l'action de l'ultra-virus tuberculeux ou du virus granulaire bien plus qu'aux bacilles acido-résistants. Les recherches de Paisseau, de Ravaut et de leurs collaborateurs sont en faveur d'une telle hypothèse.

Certaines observations permettent aussi de penser que si la tuberculose revêt la forme de scrofule, c'est parce que le sujet possède, au moment de la pénétration du germe, un certain degré de prémunition, sans doute héréditaire. D'autre part, il convient de noter la coexistence assez fréquente de la syphilis congénitale et de la scrofule.

M. signale également que chez les enfants vaccinés par le B.C.G., on a pu voir apparaître des manifestations, qui revêtent la forme d'accidents scrofuleux mais s'en distinguent par la rapidité très grande de la guérison. Il convient enfin de connaître l'opinion de Jesionek et de Woringer pour qui l'immunité relative dont jouissent les sujets atteints de scrofule tient surtout à ce que la plupart des manifestations de la maladie intéressent la peau.

Le *diagnostic* de la scrofule ne présente qu'une difficulté : la distinction des adénites scrofuleuses et des adénites syphilitiques. Il peut d'ailleurs y avoir hybridité.

Le *traitement* consiste à augmenter la résistance de l'organisme (alimentation bien réglée, viande crue, séjour à la mer, héliothérapie, rayons ultra-violets). L'huile de foie de morue ne paraît pas très efficace à M. et les préparations iodées ne lui paraissent indiquées que si on soupçonne la syphilis.

Le traitement local des manifestations cutanées et muqueuses, très important, varie suivant chaque localisation.

G. Schreiber.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE
(Paris)

G. Maranon. ***De la signification et de la pathogénie des bouffées climatériques*** (*Revue Française d'Endocrinologie*, t. II, nº 5, Octobre 1933). — Après avoir passé en revue les diverses théories pour expliquer les bouffées climatériques chez la femme, M. estime que celles-ci sont une manifestation nettement pathologique du climatère. Normalement, il ne doit pas y avoir d'autre symptôme que la suppression des règles. Les bouffées ont une pathogénie multiple. Pour une part, elles sont provoquées par des facteurs neuro-humoraux qui peuvent se résumer comme suit : instabilité des centres vaso-moteurs, favorisée par l'insuffisance ovarienne et souvent par l'hyperthyroïdisme; en plus, l'hypersurrénalisme, au moyen de décharges adrénaliniques, est l'agent qui déchaîne la crise. Cependant, pour que cet état complexe neuro-hormonal se traduise par le phénomène des bouffées, il est nécessaire que la réponse de l'appareil circulatoire ne soit pas physiologique à cause d'un état anormal préalable ou franchement pathologique. On doit donc soupçonner dans la pratique une lésion plus ou moins intense de l'appareil circulatoire, chez toute femme ayant des bouffées intenses et surtout si celles-ci se manifestent pendant plus d'un an.

Marcel Laemmer.

Mares Cahane et **Tatiana Cahane.** ***Sur un cas de diabète sucré avec hypertrophie des glandes parotides; considérations sur la fonction endocrine de la glande parotide*** (*Revue Française d'Endocrinologie*, t. II, nº 5, Octobre 1933). — C. et C. rappellent leurs propres recherches sur les glandes sous-maxillaires et rapportent les expériences de Seizo Utimura tendant à démontrer l'antagonisme des parotides et du pancréas par ablation expérimentale (hypertrophie du pancréas et augmentation des îlots de Langerhans à la suite de l'ablation parotidienne). Ces expériences paraissent toutefois être en contradiction avec celles de H.-R. Quien qui en faisant la ligature des canaux de Sténon n'a trouvé aucune modification pancréatique. Mais, font remarquer M. et T. Cahane seule l'ablation donne l'expérience positive et ils donnent une observation détaillée d'un sujet âgé de 17 ans présentant à la fois un diabète sucré et une hypertrophie des parotides sans cependant exposer aucune intervention quelconque agissant sur les parotides et sans pouvoir ainsi démontrer thérapeutiquement l'action parotidienne sur le pancréas. Il est intéressant de noter encore que souvent une légère glycosurie accom-

pagne les oreillons (Cheinisse). Bien entendu, les auteurs ne recommandent pas l'extirpation des parotides, mais estiment non sans raison qu'il y aurait lieu de tenter soit la radiothérapie, soit la diathermie.

MARCEL LAEMMER.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Strasbourg)

M. Péhu (Lyon) et **G. Pizzera** (Chambéry). ***Sur la contamination syphilitique de l'embryon et du fœtus : état actuel de la question*** (*Revue française de pédiatrie*, t. IX, nº 4, 1933). — P. et P. montrent comment se pose cette question à la lumière de nos connaissances actuelles, en étudiant d'une part les éléments positifs non discutés, d'autre part les éléments encore hypothétiques. Ils tirent de leur étude un certain nombre de déductions pratiques.

En raison de la responsabilité maternelle infiniment plus grande que la responsabilité paternelle dans la contamination syphilitique de l'enfant, P. et P. conçoivent qu'à l'heure actuelle la majorité des auteurs s'accordent pour exiger de la femme des délais plus prolongés que ceux qu'ils exigent de l'homme avant d'autoriser le mariage.

En règle générale, c'est la mère qui transmet la syphilis à son enfant. Aussi est-ce la mère qu'il faudra énergiquement traiter.

Les anciennes conceptions n'impliquaient pas nécessairement le traitement d'une mère qui avait engendré un enfant syphilitique; cette mère était saine ou immunisée et de ce fait n'avait nullement besoin d'être traitée.

Le traitement énergique de la mère est surtout préconisé depuis une quinzaine d'années à la suite des travaux de Klaften. P. et P. signalent que ce traitement doit être immédiat et intensif, qu'il doit être plus actif encore et mieux surveillé, dès le plus léger retard des règles, afin d'agir le plus précocement possible sur le produit de la conception. Il doit être enfin prolongé pendant tout le cours de la gestation car, même dans les derniers mois, une mère peut encore contaminer son enfant.

P. et P. insistent sur les magnifiques résultats obtenus par le traitement de la mère pendant la gestation lorsque la médication est instituée en temps opportun par la voie intra-veineuse, avec les doses nécessaires et suffisantes, et qu'elle a été suivie avec régularité.

Mais le plus souvent une femme qui peut être suspectée de syphilis vient consulter, étant déjà enceinte de 2 ou 3 mois. N'a-t-elle pas déjà contaminé son enfant, soit au moment même de la conception, soit par voie hématogène à travers la villosité choriale ? Et le traitement institué chez la mère à cette phase de la gestation évitera-t-il la contaminaton de l'enfant ? P. et P. déclarent qu'il est impossible de répondre catégoriquement à cette question.

Même si la syphilis maternelle est ancienne, même si cliniquement elle paraît latente, l'enfant doit être traité. L'abstention thérapeutique ne doit pas s'appuyer sur l'immunité hypothétique exprimée par la *loi de Profeta*. La syphilis de l'enfant peut, elle aussi, être latente, mais il est plus sûr de soumettre un tel enfant dès sa naissance à l'heureuse influence du traitement.

Enfin, puisque la mère d'un enfant syphilitique est le plus souvent elle-même syphilitique, puisque, inversement, l'enfant d'une mère syphilitique est le plus souvent lui-même infecté, *les lois de Colles et de Profeta* conservent toute leur portée pratique : une mère peut et doit allaiter son enfant syphilitique et un enfant syphilitique ne peut être allaité que par sa mère.

Toutefois P. et P. rapportent quelques exceptions à *la loi de Colles*. Un enfant peut parfois naître sain d'une mère syphilitique. Dans ce cas si des examens cliniques et sérologiques minutieux demeurent négatifs, P. et P. estiment qu'il est prudent de ne pas permettre la mise au sein, mais on pourra donner à l'enfant le lait de sa mère par l'intermédiaire du biberon. En tout cas un tel enfant ne saurait être confié à une nourrice saine.

G. SCHREIBER.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Embacher. ***Contribution à l'étude de la question zona-varicelle*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, nº 39, 23 Septembre 1933). — E. verse au débat, sans prendre parti, l'observation suivante: une femme de 44 ans, dont les seuls antécédents consistent en une variole dont les cicatrices la constellent, présente le 7 Janvier 1932, après une céphalée ayant duré quelques jours, un zona ophtalmique typique dont les vésicules se disposent sur les tempes et le front; la durée de ce zona est de 3 semaines; le 22 Janvier, son fils, âgé de 4 ans, présente une varicelle typique qui guérit sans complications. Il faut noter que cette famille habitait une maison isolée, à une heure de toute agglomération et qu'aucun cas de varicelle n'avait été signalé à l'auteur.

G. BASCH.

Kaser. ***L'épidémie de variole à Malmö; réflexions sur les résultats de la vaccination massive*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, nº 39, 23 Septembre 1933). — Voici les particularités notées par K. au cours des épidémies suédoises: tout d'abord, la haute contagiosité de l'agent morbide puisque, à plusieurs reprises, les sujets furent contaminés après un séjour de quelques instants dans une salle auprès d'un enfant malade; à la suite de la vaccination de 112.000 personnes, l'épidémie se trouva rapidement enrayée, mais on put observer un très grand nombre de réactions locales intenses avec nécrose, et même, dans quelques cas, suppuration des ganglions de l'aisselle; ces réactions ne s'observèrent que chez l'adulte et leur pathogénie n'a pas été entièrement éclaircie: les uns incriminant une infection de la lymphe vaccinale par des pyogènes banaux (ce qui n'explique pas que sur 6.000 enfants ayant subi la première vaccination, pas un n'ait présenté ces accidents), les autres pensant qu'il fallait incriminer la technique vaccinale qui consista à déposer une quantité trop considérable de lymphe à la même place (au cours de cette vaccination en masse de toute une population, on eut recours à des vaccinateurs inexpérimentés ou surchargés de travail).

G. BASCH.

Adler-Herzmark, Klein et **Kopstein.** ***Etude sur quelques cas de silicose pulmonaire*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, nº 44, 28 Octobre 1933). — Cette étude porte sur 46 ouvriers d'usines de fonderie de la région de Vienne. Parmi ceux-ci, les plus atteints sont ceux qui procèdent à l'aplanissement de la fonte au moyen d'un jet puissant de poussière de quartz comportant 96 pour 100 d'acide silicique libre. Ces ouvriers travaillent dans un véritable nuage de particules minérales. A.-H., K. et K. ont retenu 15 cas présentant les signes cliniques et radiologiques de silicose pulmonaire, dont ils donnent des résumés d'observation et des clichés démonstratifs. La conclusion de leur travail est qu'il y a lieu de surveiller étroitement les modalités du travail de la fonte, particulièrement dangereux lorsque les conditions ci-dessus décrites se trouvent réalisées.

G. BASCH.

Casassa et **de Mattia.** ***Prévention des paralysies diphtériques par la sérothérapie associée à la vaccination transcutanée*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, nº 47, 18 Novembre 1933). — Passant en revue les diverses thérapeutiques préconisées pour prévenir ou pour guérir les paralysies diphtériques précoces ou tardives, C. et M. rappellent l'action souvent indécise de la sérothérapie spécifique, l'usage de sérums non spécifiques (Fua et Francioni), les résultats de la protéinothérapie, etc.. Les découvertes de Ramon imprimèrent une nouvelle direction aux recherches, les auteurs associant l'anatoxine à la sérothérapie. C. et M. ont utilisé le vaccin cutané de Lœwenstein introduit par friction énergique de la pommade vaccinale sur la peau saine pendant 2 ou 3 minutes; ils ont choisi 36 cas particulièrement graves sur lesquels ils ont noté 4 cas de mort, 3 paralysies de quelque durée, 3 paralysies transitoires, 30 cas ayant évolué normalement; il leur semble, par comparaison, et du fait de la gravité des cas choisis par eux, que la méthode qu'ils préconisent a joué vis-à-vis des paralysies un véritable rôle préventif.

G. BASCH.

Berze. ***Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIII, nº 49, 2 Décembre 1933). — Etude critique au sujet de cette méthode prônée par M. Sackel et qui semble avoir éveillé en Autriche particulièrement dans les milieux extra-médicaux des espoirs peut-être excessifs. Tout d'abord il ne s'agit pas d'un procédé entièrement nouveau, en second lieu il n'est pas inoffensif, et la technique de sa mise en œuvre ne semble pas avoir été réglée de façon définie: certains auteurs en effet, en présence de la particulière sensibilité des déments précoces à l'insuline et de l'intensité des chocs qu'ils présentent à la suite de doses même réduites d'insuline, préconisent une grande prudence, une mesure de la glycémie et l'usage de la thérapeutique glycémiante au moindre accident. D'autres considèrent que le choc a une action bienfaisante qui s'ajoute à celle de l'insuline. Mais en présence de l'incertitude de la doctrine, du danger réel que présente ce traitement puisqu'on a relaté un cas de mort, B. considère qu'il est à rejeter et qu'il faut lui préférer une des nombreuses méthodes de choc entre lesquelles on n'a que l'embarras du choix.

G. BASCH.

HOSPITALSTIDENDÉ (Copenhague)

S. Hindse-Nielsen (Copenhague). ***L'ulcère peptique de l'œsophage, pseudo-rétention gastrique, emphysème sous-cutané*** (*Hospitalstidendé*, t. LXXVI, nºs 15, 16 et 17; 13, 20 et 27 Avril 1933). — Un enfant dont la santé a paru bonne pendant la première année de son existence présente, dès l'année suivante, des vomissements qui reparaissent périodiquement et s'accompagnent de douleurs abdominales, d'hématémèse et de mélaena. Il a 3 ans lorsqu'on l'amène à l'hôpital. Envisageant la possibilité d'un ulcère du duodénum, on fait une laparotomie exploratrice, ne trouve rien qui corrobore l'hypothèse d'une lésion de l'estomac ou du duodénum, et, pour faire quelque chose on fait une pyloroplastie.

Un mois s'est à peine écoulé que déjà les vomissements reparaissent. L'enfant dépérit. Les parents le remmènent chez eux.

Pendant 4 années il y a des alternatives de bonne santé et de vomissements périodiques.

Finalement on conduit le jeune patient dans le service de Helsted. L'enfant a maintenant 8 ans. Il pèse 17 kilogr. et se trouve dans un état de mi-

sère physiologique assez prononcé. Ses urines renferment de l'albumine; on y trouve des cylindres urinaires. Bientôt on voit apparaître de l'emphysème sous-cutané qui s'étend peu à peu à toute la paroi antérieure du thorax et gagne le cou et les aisselles.

Désormais, le diagnostic s'oriente du côté de l'œsophage, et, de fait, un examen radiologique montre que cet organe est le siège d'un rétrécissement avec dilatation sus-jacente. On a l'impression d'un véritable diverticule de l'œsophage.

Pour mettre cet organe au repos, on pratique une gastrostomie. Effectivement l'état général s'améliore tout d'abord. Mais peu à peu, la cachexie s'établit et l'enfant succombe dans le marasme, avant d'avoir accompli sa dixième année.

L'autopsie montre qu'il existe dans la partie inférieure de l'œsophage, sur sa paroi antérieure, un ulcère chronique qui affecte les mêmes caractères histologiques que ceux que l'on reconnaît habituellement à cette lésion quand elle siège dans les autres parties du tube digestif.

Francis Munch.

THE JOURNAL
of the
AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

W. Sutliff et **M. Finland.** ***La signification des nouveaux types de pneumocoques (type IV à XX)*** [*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 17, 21 Octobre 1933]. — Les travaux de Cooper ont montré qu'il existait 32 races de pneumocoques pathogènes, différentes les unes des autres par leurs réactions immunologiques. S. et F. ont entrepris un considérable travail bactériologique pour étudier les caractères cliniques des pneumococcies de types sérologiques différents. Les pneumonies de type I, II, et III étaient déjà bien connues, leur étude porte surtout sur les pneumococcies de chiffre plus élevé; mais ils n'ont pas poussé la différenciation bactériologique plus loin que le type XX. Le diagnostic bactériologique du genre pathogène était fait par inoculation des crachats à la souris et par hémoculture; dans tous les cas où l'autopsie fut pratiquée, la culture du germe prélevé dans le poumon confirma le diagnostic clinique.

Les germes les plus souvent en cause dans la pneumonie sont dans l'ordre: I, II, III, IV, V et VII. Dans la bronchopneumonie, l'ordre est tout différent: III, VIII, XVIII, X, V, VII, XX, II, XI et XIV.

Les types de pneumocoque à chiffre élevé déterminent des broncho-pneumonies plutôt que des pneumonies dans une proportion beaucoup plus grande que les types I, II et III; ils sont donc plus dangereux et donnent une mortalité plus forte. De même ils déterminent plus fréquemment des complications purulentes.

R. Rivoire.

W. Smillie. ***L'épidémiologie de la pneumonie : étude de la prévalence des races de pneumocoque dans le naso-pharynx des familiers du malade*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 17, 21 Octobre 1933). — S. a entrepris une vaste étude bactériologique pour vérifier si certaines races de pneumocoques ne s'observaient pas plus fréquemment dans l'entourage des malades atteints de pneumonie que chez les sujets contrôlés : cette prévalence pouvant expliquer certaines épidémies de pneumonie. Toutes les races de pneumocoque, suivant la classification de Cooper, jusqu'au type XX, furent recherchées chez 500 contrôlés et 500 sujets sains ayant vécu au contact de pneumoniques.

Toutes les races de pneumocoques, sauf les types I et II, se rencontrent aussi fréquemment chez les contrôlés que chez les sujets-contacts. Mais le type II se rencontre 3 fois plus souvent et le type I, 6 fois plus souvent dans le groupe en contact que chez les contrôlés.

Il semble donc que les pneumococcies de type I et II soient contagieuses, tandis que les pneumococcies de type III à XX ne le soient pas.

R. Rivoire.

L. Foshay. ***Un sérum pour le traitement de la tularémie*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 19, 4 Novembre 1933). — F. a préparé un sérum thérapeutique pour la tularémie, en injectant à des chèvres par voie sous-cutanée des suspensions formolées de *Pasteurella tularensis*.

Ce sérum doit être injecté par voie intraveineuse, 15 cmc deux jours de suite; dans la forme typhoïde ou lorsque les ganglions sont très augmentés de volume, il faut employer des doses plus importantes et les répéter plus longtemps. L'activité du sérum est d'autant plus grande que la thérapeutique est appliquée plus précocement: si le diagnostic est fait avant le 10e jour (utilité de l'intradermo-réaction), la guérison rapide est la règle. L'activité du sérum est moins grande lorsque la maladie évolue depuis longtemps et surtout s'il y a suppuration ganglionnaire.

R. Rivoire.

O. Wangensteen et **J. Paine.** ***Traitement de l'obstruction intestinale aiguë par succion à l'aide du tube duodénal*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 20, 11 Novembre 1933). — W. et P. ont mis au point une très intéressante méthode de traitement non opératoire de l'occlusion intestinale aiguë; ayant observé qu'au cours de l'intervention, la section de l'intestin au-dessus de la structure suffit presque toujours à faire lever spontanément l'obstacle intestinal, ils ont eu l'idée de remplacer cette décompression opératoire par une succion continue à travers un tube duodénal.

Les résultats semblent extrêmement intéressants: dans la plupart des cas d'occlusion aiguë, cette méthode fait rapidement disparaître les douleurs et la radio montre le passage des gaz dans le côlon, signe que l'occlusion est finie. Une contre-indication formelle à cette méthode: les occlusions par strangulation; il est évident que, dans ces cas, d'ailleurs d'ordinaire faciles à diagnostiquer, l'intervention s'impose d'urgence. Dans tous les autres cas d'occlusion aiguë, W. et P. conseillent de tenter la décompression duodénale, quitte à opérer plus tard si le cours des matières et des gaz ne se rétablit pas entièrement. Dans les cas d'occlusion colique, la méthode est impuissante, car l'occlusion de la valvule iléo-colique empêche la dépression artificielle d'atteindre le côlon.

Il y a là, évidemment, une nouvelle technique très intéressante, qui mérite un essai clinique sur une vaste échelle.

R. Rivoire.

F. Senear. ***Dermatites dues au bois*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 20, 11 Novembre 1933). — S. fait une revue générale des dermatites dues à une irritation externe par différentes sciures de bois. Bien que les bois exotiques soient surtout toxiques, certains bois européens sont également assez souvent en cause, en particulier le chêne, l'acacia et le hêtre.

Ces dermatites se voient surtout, évidemment, chez les ouvriers en contact direct avec le bois: bûcherons, menuisiers, ébénistes. L'agent toxique semble d'ordinaire des acides résineux non saturés ou des alcaloïdes.

Les dermatites dues au bois sont de nature allergique: la sensibilisation est d'ordinaire acquise, ne se développant qu'après plusieurs mois ou plusieurs années de contact avec l'agent toxique. La sensibilisation une fois acquise est d'ordinaire extrêmement tenace: les symptômes disparaissent lorsque la substance toxique est supprimée, mais ils reparaissent très rapidement à tout contact nouveau. La fréquence de ces dermatites par le bois semble beaucoup plus grande que celle qu'on lui attribue d'ordinaire.

R. Rivoire.

W. Park, C. Kereszturi et **L. Mishulow.** ***Action de la vaccination par le BCG sur les enfants de familles tuberculeuses*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 21, 18 Novembre 1933). — Article fort intéressant, car un des premiers rapports favorable sur le BCG dans un pays jusqu'ici très nettement hostile à cette vaccination. P., K. et M. ont essayé par toutes les méthodes de culture de redonner de la virulence au BCG, sans y parvenir; de même, ils ont prélevé chez des enfants vaccinés et morts accidentellement des fragments de mésentère, et n'ont pu obtenir de culture virulente par cette méthode. Ils concluent donc à l'innocuité absolue du BCG. Quant à l'efficacité de la vaccination, sans se prononcer de façon formelle, ils ont observé une mortalité tuberculeuse diminuée chez les enfants vaccinés en contact avec les parents tuberculeux; de même ils ont observé une plus grande fréquence de cuti-réaction positive chez les enfants vaccinés que chez les contrôlés, pendant 1 à 2 ans après la vaccination. En somme, rapport nettement favorable.

R. Rivoire.

A. Desjardins. ***La radiothérapie, méthode d'identification de certaines variétés de tumeurs*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 22, 25 Novembre 1933). — Bien que la biopsie et l'examen histologique des tumeurs soient la méthode la plus précise pour l'identification des néoplasmes, il est des cas où la biopsie est impossible (tumeurs profondes, malades refusant l'intervention) et c'est dans ces cas qu'il faut savoir que la radiothérapie permet souvent un certain degré de différenciation des tumeurs. Chaque tissu a, en effet, un indice de radiosensibilité, qui va en décroissant depuis les lymphocytes jusqu'aux tissus nerveux: et cet indice est souvent assez différent pour que l'action d'une dose donnée de rayons X sur le volume de la tumeur dans un temps donné permette de prévoir la nature histologique de la tumeur. C'est ainsi que la radiosensibilité extrême des tumeurs lymphoïdes (maladie de Hodgkin, lymphoblastome, lymphosarcome) permet facilement de distinguer ces tumeurs des épithéliomas. De même, en cas de tumeurs osseuses, cette méthode permet de différencier l'endothéliome solitaire (très radiosensible) du chondrosarcome (moyennement sensible) et de l'ostéosarcome (très peu sensible). Il en est de même pour certaines tumeurs testiculaires, les tumeurs dérivées des cellules spermatogoniques étant beaucoup plus radiosensibles que les autres.

R. Rivoire.

L. Bivings. ***Influences préconceptionnelles et prénatales affectant le nouveau-né*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 22, 25 Novembre 1933). — Voici une curieuse étude sur l'influence de certains facteurs préconceptionnels et prénataux sur la fréquence des hernies ombilicales du nouveau-né, sur la naissance avant terme, le poids de l'enfant et la mort au cours de la première semaine de l'existence. B. a remarqué que chez les nègres, les enfants conçus au début de l'hiver ont plus fréquemment des hernies ombilicales, naissent plus fréquemment avant terme ou meurent dans leur première semaine et

pèsent moins que les enfants conçus au printemps et en été.

Il est possible que cette différence soit due à une déficience en vitamine D, particulièrement fréquente chez les nègres dont la peau filtre les rayons ultra-violets. Peut-être la déficience en vitamine B joue-t-elle aussi un rôle, car l'alimentation hivernale est particulièrement pauvre en vitamine B_1 et B_2.

R. Rivoire.

M. Paulson. ***Etat actuel de la question de la colite ulcéreuse idiopathique*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 22, 25 Novembre 1933). — La colite ulcéreuse chronique, dite idiopathique, est une affection encore mystérieuse; bien qu'elle ressemble cliniquemnt, pathologiquement, radiographiquement et jusqu'à un certain point bactériologiquement et sérologiquement à la dysenterie bacillaire chronique, les rapports exacts de cette affection avec le bacille dysentérique sont encore imprécis.

Il n'y a pas de thérapeutique spécifique pour cette maladie, puisque nous en ignorons la cause précise. Les thérapeutiques non spécifiques (transfusion, sérothérapie, etc.) donnent parfois des rémissions, mais jamais de véritables guérisons. L'affection est, en effet, fatalement évolutive et après quelques poussées finit par aboutir à la mort. Seule l'iléostomie peut donner quelques guérisons, mais elle doit être pratiquée beaucoup plus précocement qu'on ne le fait d'ordinaire.

R. Rivoire.

S. Harris. ***L'hyperinsulinisme: une entité clinique définie; étiologie, pathologie, symptômes, diagnostic, pronostic, et traitement de l'hypoglycémie spontanée insulogénique (hyperinsulinisme)*** [*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 25, 16 Décembre 1933]. — Depuis que l'hyperinsulinisme commence à être mieux connu, sa fréquence s'avère de plus en plus grande: il semble que l'hypoglycémie insulogénique soit presque aussi fréquente que le diabète, environ 75 pour 100, d'après les statistiques les plus sérieuses. H. entreprend une revue générale de la question, en séparant nettement les cas d'hyperinsulinisme vrai et ceux de dysinsulinisme (alternance de diabète et d'hypoglycémie), et en faisant largement appel à son expérience personnelle. Article fort intéressant, qui est une mise au point très documentée de cette question si actuelle.

R. Rivoire.

P. Garvey et **J. Lawrence.** ***Diplégie faciale dans la leucémie lymphoïde*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 25, 16 Décembre 1933). — G. et L. ont observé une leucémie lymphoïde aiguë dont le symptôme révélateur fut une paralysie faciale bilatérale. L'autopsie révéla la présence d'infiltration lymphoïde le long des deux nerfs faciaux jusqu'aux noyaux d'origine.

Dans deux autres cas de leucémie lymphoïde aiguë, G. et L. ont observé une paralysie faciale unilatérale, due à une lésion analogue.

Il existe dans la littérature d'assez nombreuses observations de paralysie faciale au cours des leucémies lymphoïdes: il faut donc penser à ce diagnostic: une présence d'une paralysie faciale dont l'étiologie est mystérieuse.

R. Rivoire.

L. Davis. ***Le traitement chirurgical des douleurs incoercibles*** (*The Journal of the American medical association*, t. CI, n° 25, 16 Décembre 1933). — Depuis longtemps les chirurgiens ont essayé de traiter les douleurs incoercibles (tabes, cancer, angine de poitrine) par diverses interventions sur la moelle épinière et les nerfs périphériques ou sympathiques. Mais l'incertitude qui règne encore sur le mécanisme des douleurs viscérales et sur le trajet des fibres centripètes sensitives n'a pas permis jusqu'à présent de mettre au point une méthode infaillible. D., à la suite d'études physiologiques personnelles, arrive à la conclusion que les incitations douloureuses viscérales gagnent la moelle par les splanchniques, le tronc sympathique thoracique, les rami communicantes et les racines postérieures des nerfs spinaux: de là ils gagnent la substance grise et par les neurones courts montent par relai vers les centres supérieurs. En conséquence, la chordotomie ne peut être efficace que si elle est assez profonde pour léser les noyaux gris médullaires. Par contre, la section des racines postérieures des nerfs spinaux est suffisante, à condition d'être bilatérale et de porter sur une hauteur importante. C'est ainsi que D. a réussi à guérir complètement un malade atteint d'*angor pectoris* par section bilatérale des racines postérieures de la 4e à la 12e paire inclusivement.

R. Rivoire.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

F. Roberts. ***Le traitement des tumeurs malignes du poumon par la radiothérapie*** (*British medical journal*, n° 3785, 22 Juillet 1933). — Le traitement des tumeurs malignes du poumon par la radiothérapie est encore fort discuté. R. a traité 9 cas par des irradiations hebdomadaires ou bi-hebdomadaires. Il a vu disparaître complètement l'adénopathie cervicale et les troubles qu'elle provoquait. Dans 5 cas la tumeur pulmonaire rétrocéda et la partie du poumon collapsée redevint perméable à l'air. Dans 2 cas il n'y eut qu'arrêt du processus tumoral.

La période de survie ne dépassa pas un an, mais pendant ce court temps tous les symptômes pénibles disparurent et les malades semblèrent avoir retrouvé leur santé primitive. Leur mort fut due à une dissémination embolique contre laquelle la radiothérapie est inefficace.

André Plichet.

L. Cobbett. ***La diminution de la mortalité dans la diphtérie comparée à celle de la scarlatine*** (*British médical journal*, n° 3785, 22 Juillet 1933). — La diminution de la mortalité des enfants de moins de 15 ans atteints de scarlatine que l'on observe maintenant semble due à un changement dans la gravité de la maladie. La diphtérie, au contraire, n'est pas devenue moins redoutable. La fréquence est restée la même, la gravité également, mais le diagnostic fait plus précocement et l'usage répandu de l'antitoxine ont permis l'abaissement de la mortalité.

Une chute de 25 pour 100 de ce qu'était la mortalité avant l'usage de la sérothérapie est déjà un progrès, mais on devrait encore obtenir un meilleur résultat si la sérothérapie était faite encore plus précocement.

André Plichet.

N. Myers. ***L'action pharmacologique de quelques nouveaux succédanés de la morphine et de l'héroïne*** (*British medical journal*, n° 3788, 12 Août 1933). — De nouveaux médicaments ont été mis en circulation, récemment en Allemagne, ayant la plupart les propriétés de la morphine sans en avoir les inconvénients. Ils sont désignés sous les noms déposés de dilaudid, de dicodid, d'eukodol.

Le dilaudid, chimiquement, est un hydrochloride de la dihydromorphine. C'est un dérivé de la morphine qui se présente sous la forme d'une substance amorphe, soluble dans l'eau et dans l'alcool, mais insoluble dans l'éther. Sa solution dans l'eau est de réaction neutre.

Le dicodid est un bitartrate de la dihydrocodéinone. C'est un dérivé de la morphine et de la codéine.

L'eukodol est un hydrochloride de la dihydroxycodéinone. Ce n'est pas un dérivé de la morphine, il provient de la thébaïne. Comme l'opium ne contient que de très petites quantités de thébaïne, sa production est très limitée.

Le dilaudid, le dicodid et l'eukodol ont une action sur la respiration semblable à celle produite par la morphine. Ils ont peu d'effet sur les bronchioles. Ils ont un effet analgésique marqué.

Le dilaudid et le dicodid ont une action sur le tonus et les mouvements du tube digestif. Le dilaudid stimule les mouvements de l'estomac et de l'intestin ainsi que ceux des sphincters pylorique et iléo-colique. Son action sur le tube digestif ressemble à celle de l'héroïne.

Le dicodid augmente les mouvements de l'intestin et du sphincter iléo-colique, mais a peu d'action sur l'estomac et sur le pylore.

Ces effets sont moins marqués avec l'eukodol.

De petites quantités de dilaudid ou de dicodid rendent les centres du vague plus sensibles, de fortes doses les inhibent. L'eukodol inhibe ce centre même avec de petites doses.

Des doses toxiques de dilaudid ou de dicodid augmentent l'excitabilité réflexe de la moelle. L'eukodol calme cette excitabilité.

La toxicité du dilaudid et de l'eukodol est beaucoup plus grande que celle du dicodid. Les chats peuvent supporter de très grandes quantités de ces drogues à condition de leur administrer une petite dose thérapeutique au préalable. Une forte dose initiale cause la mort par troubles respiratoires.

Ces drogues ont peu d'effet sur le système cardio-vasculaire. Le dilaudid produirait un léger ralentissement du cœur d'origine centrale.

André Plichet.

W. G. Harvey. ***Les dermatites professionnelles*** (*British medical journal*, n° 3789, 19 Août 1933). — Les dermatites professionnelles sont en réalité des accidents plus communs qu'on ne semble le croire dans le public et qui deviennent de plus en plus fréquents par suite de l'emploi journalier de nouvelles substances chimiques. Ces dermatites professionnelles soulèvent différents problèmes. Il est tout d'abord regrettable que l'on ne puisse se mettre d'accord sur la nomenclature. C'est ainsi que le mot eczéma est pris dans des sens différents, suivant les conceptions pathogéniques. Il faudrait également se mettre d'accord sur le mode d'action de l'agent ou des agents en cause. La dermatite des boulangers est-elle due à une sensibilisation à la farine, au sucre, ou bien à une mycose? Ne s'agit-il pas encore de l'acare? Ou bien est-elle causée par les substances employées au blanchiment de la farine? Il faut une collaboration des chimistes et des biologistes pour indiquer les mesures qui doivent être prises dans l'intérêt du public et des ouvriers.

André Plichet.

J. Bridge. ***Les maladies professionnelles de la peau*** (*British medical journal*, n° 3789, 19 Août 1933). — Elles peuvent se classer en deux groupes: 1° les dermatites et les ulcérations dues aux poussières et aux liquides, 2° les maladies dues à des causes spécifiques et en particulier les ulcérations dues aux sels de chrome et les ulcérations épithéliomateuses dues à des agents carcinogéniques bien connus tels que goudron, bitume, paraffine et résidus de ces matières. Enfin il faut citer l'infection de la peau due au bacille anthracis.

Toutes ces maladies prises au début ne doivent pas avoir de suites graves et le malade peut même se soigner sans interrompre son travail. Les me-

A renvoyer immédiatement au **Guide Rosenwald,** *99, rue d'Aboukir, Paris (IIe)*

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

INSERTION ENTIÈREMENT GRATUITE DANS LA PROCHAINE ÉDITION DU ROSENWALD

Le Guide ROSENWALD 1934-35 qui paraîtra au cours de l'été 1934 sera remis **gratuitement** au Signataire, sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, PARIS (IIe), jusqu'au 31 Décembre 1934. Port à domicile par poste recommandée : 5 francs (timbres ou versement au C. C. P. PARIS 405-75).

Nom et Prénom usuel : ____________________

Faculté et date de la thèse : ____________________ *Décorations :* ____________________

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ____________________

Spécialité : ____________________

Adresse complète : ____________________

Jours et heures de consultations : ____________________ *N° de téléphone :* ____________________

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) (1) ____________________

Nom et adresse du prédécesseur (1) : ____________________ *Signature :* ____________________

Date ____________________

(1) Ces deux renseignements utiles au contrôle ne sont pas publiés.

sures prescrites et les examens médicaux répétés auxquels sont soumis les ouvriers qui manient ces matières dangereuses ont donné d'excellents résultats comme il en résulte des statistiques publiées en Angleterre à ce sujet.

André Plichet.

G. W. Theobald. ***L'étiologie et la prophylaxie des toxémies de la grossesse*** (*British medical journal*, n° 3790, 26 Août 1933). — A la toxémie de la grossesse on attribue une quantité considérable de syndromes: salivation excessive, chorée, névralgie, névrite périphérique, tétanie, impétigo herpétiforme, hémorragie, anémie pernicieuse, atrophie jaune du foie. En fait, le fœtus change la fixité du milieu intérieur et tous ces désordres soi-disant toxémiques doivent être plutôt regardés comme des accidents de carence. La toxémie, si on y croit, doit être associée à une carence absolue ou relative de certaines substances; ainsi se trouvent troublées une ou plusieurs fonctions physiologiques et en dernier la fonction hépatique.

Parmi ces substances le calcium semble être celle qui est le plus souvent déficiente pendant la grossesse. Non seulement il faut donner à la femme enceinte un régime riche en vitamines, en fer, en iode, mais recourir souvent à des injections de gluconate de calcium qui permettent de prévenir la toxémie gravidique.

André Plichet.

Davidson. ***Les effets de la levure autolysée dans le traitement des anémies*** (*British medical journal*, n° 3792, 9 Septembre 1933). — On avait préconisé le traitement des anémies par la levure autolysée en raison de sa richesse en vitamine B qui devait jouer un rôle dans la régénération sanguine. Les améliorations observées le furent par la combinaison de ce traitement avec celui de Castle, c'est-à-dire en faisant ingérer du suc gastrique en même temps. Si bien qu'on pouvait se demander si le facteur intrinsèque contenu dans le suc gastrique n'était pas hyperactivé par les produits contenus dans la levure.

D. a traité 16 cas d'anémie par la levure autolysée ou par des extraits alcooliques de levure. Il arrive à cette conclusion que ces produits contiennent des principes hémopoïétiques mais à concentration faible. Aussi la levure autolysée sous sa forme présente ne doit pas être substituée au foie ou aux extraits de foie ou aux extraits d'estomac de porc dans le traitement des anémies pernicieuses.

André Plichet.

W. R. Fearon. ***L'urée chez les gens en bonne santé et chez les malades*** (*British medical journal*, n° 3793, 16 Septembre 1933). — L'urée est la forme inerte, neutre sous laquelle l'azote peut être éliminé du corps. L'urée est un diurétique par l'effort osmotique du rein à maintenir sa concentration dans l'urine au-dessous de 20 gr. par litre. C'est de plus un galactagogue et un solvant des protéines.

L'urée est formée presque entièrement dans le foie par désamination des acides aminés comme l'ont montré les expériences de Bollmann, de Mann et de Magath. Elle est répartie dans les tissus et dans le sang. S'il y a rétention de l'urée dans l'organisme, il y a œdème par accumulation de solutions de chlorure de sodium et par déshydratation du voisinage.

Cette rétention devrait s'appeler hyperurémie plutôt qu'urémie. Cette hyperurémie est due physiologiquement soit à la production exagérée d'urée comme dans l'augmentation de la ration en protéines, dans la fièvre, dans l'absorption de thyroxine, soit à la diminution de l'excrétion de l'urée comme dans les insuffisances rénales aiguës ou chroniques, dans la toxémie de la grossesse, dans l'occlusion intestinale aiguë, dans le diabète sucré, dans les destructions du tissu rénal, dans le jeûne.

Il y a, au contraire l'hypourémie dans l'insuffisance hépatique aiguë, dans les polyuries, dans la néphrose lipoïdique, dans la grossesse.

En pathologie, le principal intérêt de l'urée est la création de ce syndrome d'urémie qui est le terme des néphrites et des autres manifestations d'oligurie. On devrait séparer ce syndrome de celui de l'urotoxémie où, non seulement, il y a rétention d'urée, mais encore un certain nombre de facteurs extra-rénaux associés tels que hypertension, maladie artérielle et dégénérescence du myocarde.

Le fait que les hypnotiques de la série barbiturique sont des dérivés de l'urée permet de soulever l'hypothèse que le coma urémique est dû à une auto-narcose par accumulation d'urée dans le système nerveux central.

Quant au traitement, jusqu'à présent, on n'a pas trouvé un moyen réellement bon d'inhiber l'activité urogénétique de l'organisme ou de régénérer le tissu rénal.

André Plichet.

E. Van Royen. ***Travaux expérimentaux récents sur la maladie de Hodgkin*** (*British medical journal*, n° 3794, 22 Septembre 1933). — Les travaux de Gordon concernant la maladie de Hodgkin ont une grande importance. L'inoculation dans le cerveau de lapin de tissu lymphadénomateux donne, à cet animal, dans les quatre jours suivants, une encéphalite caractérisée par des troubles de la station debout bientôt suivis d'une ataxie progressive, avec incoordination musculaire, puis paralysie spastique des membres postérieurs avec incontinence des sphincters... Ce test est vraiment spécifique et aurait même une valeur de diagnostic rétrospectif...

Ce syndrome encéphalitique n'est pas dû à un simple changement tissulaire produit par le traumatisme. L'infiltration lymphocytique que l'on peut trouver autour de la zone d'inoculation n'est pas suffisante pour expliquer les désordres nerveux. L'introduction dans le cerveau du lapin de substances telles que l'aleurone, le nucléinate de soude, la quinine-uréthane, la poudre de verre, de bactéries telles que le B. Pyocyanique, le B. Typhique et le B. Anthracis, de tissu lymphoïde humain non atteint de maladie de Hodgkin, ne peuvent arriver à déterminer une encéphalite comparable.

S'agit-il d'une toxine, d'un microbe encore inconnu ou bien s'agit-il d'un virus filtrant ? Des expériences sont en cours pour déterminer la nature de cet agent pathogène.

André Plichet.

Léonard Colebrook. ***La fièvre puerpérale : son étiologie et sa prophylaxie*** (*British medical journal*, n° 3798, 21 Octobre 1933). — On a cru pendant longtemps que le streptocoque qui déterminait la fièvre puerpérale se trouvait dans les voies génitales de la femme avant l'accouchement et qu'après rupture de l'immunité, l'infection se faisait. En 1930, Taylor et Wirght montrèrent que sur 1.123 femmes, 3 pour 100 seulement hébergeaient du streptocoque dans la cavité vaginale pendant le travail et que 1/10 de celles-ci étaient atteintes de septicémie puerpérale. D'autre part sur un groupe de 18 infectées, 13 d'entre elles n'avaient pas de streptocoques dans la cavité vaginale.

Le streptocoque vient d'une autre source. Le streptocoque pyogène hôte habituel des voies respiratoires peut se transformer en streptocoque hémolytique pour devenir l'agent d'une septicémie puerpérale. Le streptocoque hémolytique se trouve d'ailleurs également dans la gorge, dans la bouche. Par conséquent les voies respiratoires de l'accouchée sont elles-mêmes une première source d'infection. Mais le streptocoque existe encore dans la gorge des médecins et des infirmières. Il y a des porteurs de germes qui s'ignorent. Il faut éloigner des maternités toutes les personnes qui ont une angine, une amygdalite, une laryngite ou une sinusite. Il faudrait également exiger de tous le port du masque et de gants de caoutchouc et éviter aux accouchées le contact de personnes étrangères.

André Plichet.

Farquhar Murray. ***Le traitement de la septicémie puerpérale*** (*British medical journal*, n° 3798, 21 Octobre 1933). — Le mauvais état général, les foyers septiques préexistants, les maladies du rein, les pertes de sang abondantes favorisent l'infection puerpérale. On connaît d'autre part le rôle des dilacérations, des blessures obstétricales. M. donne les statistiques suivantes: sur 2.480 femmes en bon état, accouchées à l'hôpital avec ou sans forceps, 5,1 pour 100 d'infections puerpérales; sur 286 accouchées en ville, 13,9 pour 100 d'infections puerpérales; sur 534 femmes à résistance affaiblie ou bien avec déchirures importantes ou manœuvres obstétricales, délivrance artificielle, à l'hôpital, 12,6 de septicémies; en ville sur 406 accouchées dans les mêmes conditions, 16,1 pour 100 de septicémies. Sur 109 césariennes à l'hôpital, 21,1 pour 100 d'infectées: sur 104 césariennes en ville, 42 pour 100 d'infectées. Le taux de la mortalité fut de 16,9 pour 100.

Les soins avant et après l'accouchement sont de première importance. Il faut faire reposer la malade, veiller à la régularité des selles. Le sérum antiscarlatineux à la dose de 10 à 15 cmc est préférable aux sérums polyvalents. Localement lavage externe au bock, avec une solution antiseptique, peroxyde, lysol. A moins de grosse rétention placentaire, se garder d'entrer dans l'utérus pour ne pas disséminer l'infection.

André Plichet.

A. Sorsby. ***Le contrôle de la myopie scolaire*** (*British medical journal*, n° 3798, 21 Octobre 1933). — Le problème de la myopie scolaire est toujours pendant. Depuis un demi-siècle, des mesures hygiéniques telles que l'éclairage rationnel, la modification des bancs et des pupitres, la suppression de l'écriture gothique, la meilleure impression des livres, ont été prises sans pour cela que l'on ait vu une diminution de cette affection.

La myopie scolaire survient à l'âge de 8 ans au moment où l'œil de l'enfant se développe. Il s'agit de savoir si la myopie scolaire se développe sur un œil qui a complètement terminé sa croissance ou si elle est la résultante des variations de développement des différents milieux de réfraction. De plus, sans cesser de prendre les mesures hygiéniques citées plus haut, il y a dans la myopie des écoliers toute une discrimination à faire : rechercher les myopies congénitales, celles dues à une déformation congénitale du diamètre antéro-postérieur, les myopies secondaires dues à la syphilis congénitale.

André Plichet.

Telford et Stopford. ***Quelques observations de sympathectomie dans la poliomyélite antérieure*** (*British medical journal*, n° 3799, 28 Octobre 1933). — La principale cause des troubles trophiques, le refroidissement et la cyanose du membre dans les anciennes poliomyélites, est le ralentissement de la circulation du sang. Le ralentissement est dû à la diminution de calibre de l'artère, au défaut d'action des muscles sur les veines pour faire circuler le sang vers le cœur.

Dans les cas de paralysie infantile des membres inférieurs unilatérale, la jambe atteinte est toujours plus froide que la jambe saine. Si on réchauffe les deux jambes, la température de la

jambe malade est toujours plus basse. Mais si on cesse le réchauffement la température décroît moins vite dans la jambe malade que dans la jambe saine. Ceci est dû à la lenteur de la circulation dans la jambe malade.

Si on injecte un anesthésique dans le liquide céphalo-rachidien au niveau du sixième segment dorsal chez un poliomyélitique, la température s'élève de 5 à 6 degrés, la coloration bleue disparaît tant que le malade est couché. Ceci montre que le mécanisme vaso-constricteur est intact puisque l'anesthésie spinal l'a supprimé.

T. et S. rapportent l'observation de 3 cas de poliomyélite chez lesquels on sectionna pour les 2 premiers les deux sympathiques lombaires, chez le dernier le seul sympathique lombaire droit. Dans ces trois observations, il y eut une très grande amélioration, la cyanose, le refroidissement disparurent et, chez le troisième malade, on vit la guérison d'une ulcération importante de la jambe qui avait jusqu'alors résisté à toute médication cicatrisante.

André Plichet.

Huxley Fish. ***Le traitement de la chorée par la fièvre provoquée*** (*British medical journal*, n° 3800, 4 Novembre 1933). — Pour F. les indications de ce traitement sont les suivantes: 1° les choréiques sans signes cardiaques chez lesquels il y a peu d'amélioration, après quatre semaines de repos au lit surveillé; 2° les cas avec une atteinte légère du cœur qui sont restés plus de quatre semaines au lit; 3° les chorées à rechute de longue durée à condition que le cœur ne soit atteint que légèrement.

Le traitement ne peut s'appliquer aux chorées avec affections valvulaires en évolution ou avec défaillance cardiaque.

Quant à la technique, le principe de doubler la dose de vaccin à chaque injection et de la répéter chaque jour pendant huit jours lui semble dangereux. F. fait une injection tous les deux jours et n'augmente la dose que d'une fois 1/2 à chaque fois.

André Plichet.

J. W. Cheetham. ***Le traitement de la chorée par la fièvre provoquée*** (*British medical journal*, n° 3800, 4 Novembre 1933). — Le traitement de la chorée de Sydenham se résume en un mot: le repos. Au cours de cette affection, le cœur est touché dans de telles proportions qu'un séjour minimum de trois mois doit être imposé qu'il y ait cardiopathie ou non. Mais à cause des mouvements, il est impossible de tenir ces sujets au repos strict; aussi a-t-on essayé diverses médications pour amener une sédation: aspirine, chlorétone, nirvanol ont été conseillés; toutefois ce dernier médicament a été abandonné comme trop dangereux.

En 1931, Sutton a préconisé la fièvre provoquée au moyen d'injections intraveineuses de T.A.B.

C. a expérimenté ce traitement dans 4 cas. Il a fait des injections intraveineuses pendant 8 à 10 jours consécutifs de vaccin T.A.B. à la dose progressive de 1/10 de cmc jusqu'à 1 cmc 1/2 et 2 cmc. La fièvre s'éleva entre 39,5 et 41°. De ces 4 cas traités ainsi C. conclut: que la fièvre provoquée raccourcit la durée des mouvements choréiques mais qu'elle n'empêche pas les récidives et qu'elle n'a pas d'effet heureux sur les cardiopathies. Bien au contraire, il se demande si la pyrexie n'aggrave pas la cardiopathie. De même que, chez un rhumatisant dont les douleurs articulaires sont calmées par le salicylate, il faut redouter toujours l'éclosion d'une endocardite, de même chez le choréique dont les mouvements désordonnés ont été arrêtés par la fièvre provoquée il faut craindre l'apparition d'une cardiopathie.

André Plichet.

W. Thomson. ***Le rein dans l'hypertension essentielle*** (*British medical journal*, n° 3802, 18 Novembre 1933). — L'hypertension essentielle produit des lésions caractéristiques dans les artérioles des différents organes du corps. Ces lésions consistent en un dépôt hyalin dans la couche sous-endothéliale de la tunique interne, amenant le rétrécissement et quelquefois l'occlusion de l'artériole. Ces modifications vasculaires se rencontrent le plus souvent au niveau des reins, réalisant l'atrophie et l'oblitération des glomérules. Cependant le nombre des glomérules est relativement petit en comparaison du nombre d'artérioles qui apparaissent obstruées. L'imperméabilité de ces artérioles est d'apparence plus histologique que réellement physiologique. L'atrophie des glomérules et des tubuli se fait par endroits, contrastant avec des zones saines de parenchyme rénal; les lésions ne sont pas diffuses.

Un des premiers symptômes est la polyurie nocturne. L'albuminurie est inconstante, par contre il existe des cylindres hyalins. Le petit nombre de ceux-ci, l'absence de globules rouges et de globules blancs, de cellules épithéliales différencient la lésion inactive due à la sclérose artérielle de la lésion active de la néphrite. L'urée sanguine est au-dessous de 0,40 par litre. Enfin la mort est le fait de l'insuffisance cardiaque ou de l'hémorragie cérébrale alors que dans la néphrite elle se fait par urémie.

André Plichet.

THE LANCET *(Londres)*

Anderson, Harrington, Murray Lyon. ***Le traitement du myxœdème par le 3:5-Diiodothyronine*** (*The Lancet*, n° 5750, 11 Novembre 1933). — La thyroxine, produit synthétique, a une valeur thérapeutique moindre que la poudre de corps thyroïde. Probablement à cause de la difficulté où l'on est de l'obtenir à l'état pur, la thyroxine n'a d'action que par injection. Gaddum a obtenu un corps nouveau à l'état pur, dérivant d'ailleurs de la thyroxine par introduction de deux molécules iodées, c'est la 3: 5-diiodothyronine.

Ce corps s'emploie en solution sodée à la dose de 50 milligr. par jour, par voie buccale. 6 malades atteints de myxœdème ont été traités par cette thérapeutique nouvelle. Le métabolisme basal redevint normal, le poids diminua, le pouls devint plus rapide et dans l'ensemble les malades présentèrent une amélioration sensible de leur état général.

André Plichet.

M. C. Andrews. ***La pression sanguine et l'hémorragie méningée*** (*The Lancet*, n° 5750, 11 Novembre 1933). — En présence d'une hémorragie méningée, il n'y a pas d'unité de doctrine. Les uns font une ponction lombaire, les autres s'en abstiennent. Tout d'abord, il y a deux raisons de ponctionner; la première pour confirmer le diagnostic; la seconde pour abaisser la pression artérielle générale. Pour A., la pression artérielle doit être le guide. Quand elle est élevée, il ne faut pas craindre de faire une ponction lombaire qui soulage le malade et empêche la moelle d'être comprimée. Il faut évidemment faire attention de ne pas retirer une quantité exagérée de liquide sous peine de voir réapparaître l'hémorragie et ne pas chercher à faire diminuer la pression générale sanguine dans de fortes proportions. La méthode qui consiste à retirer, souvent, à de fréquents intervalles, quelques centimètres cubes est préférable à celle qui cherche à faire un copieux drainage.

André Plichet.

A. G. Biggam et **Ghalioungui.** ***La pellagre; ses symptômes cliniques et sa pathologie*** (*The Lancet*, n° 5752, 25 Novembre 1933). — La pellagre est une des maladies endémiques les plus communes de l'Egypte. La maladie se rencontre presque exclusivement chez les fellah, mais elle se voit également chez l'habitant des villes quand il y a des causes favorisantes telle que la diarrhée chronique. La pellagre est plus commune en basse Egypte qu'en haute Egypte, le maïs étant remplacé dans cette contrée par le blé, le millet, les haricots et les lentilles.

La maladie est caractérisée par des symptômes cutanés, des troubles digestifs, nerveux et psychiques.

La peau est le siège d'une dermatite symétrique affectant surtout les espaces découverts. Sur la face, en plus de ce papillon aux ailes déployés produit par la dermatite, on remarque une séborrhée donnant au visage l'aspect d'être saupoudré de grains de soufre. La dermatite peut se rencontrer en d'autres endroits sous forme de pigmentation. Il existe encore des rashes qui sont de simples érythèmes mais parfois peuvent être composés de bulles, de pétéchies, formant le type humide de la pellagre. Ces éléments peuvent s'infecter secondairement. Ils sont souvent difficiles à différencier d'un coup de soleil. Après extinction de l'érythème, la peau est rude et sèche avec exagération des rides.

Les troubles digestifs consistent en stomatite, en ulcérations de la bouche, salivation abondante, la langue est presque toujours vernissée; il existe encore de l'anorexie, des brûlures gastriques, de la diarrhée et surtout de l'achlorhydrie.

Les manifestations nerveuses sont de divers ordres: paresthésies des membres inférieurs, troubles de la sensibilité superficielle, exagération des réflexes avec signe de Babinski, syndrome de sclérose latérale amyotrophique, parfois au contraire abolition des réflexes et syndrome de sclérose combinée. Pour certains, la spasticité serait d'origine extra-pyramidale; dans certains cas, la chronaxie serait augmentée et on a envisagé une atteinte des centres mésencéphaliques.

Enfin, ces malades ont des troubles mentaux: lenteur à l'idéation, perte de la mémoire, hallucinations, insomnie.

Des lésions dégénératives ont été trouvées, disséminées dans toute la substance nerveuse, ce qui explique la diversité des symptômes nerveux.

B. et G. observèrent 26 cas typiques de pellagre, dont 15 avaient des manifestations nerveuses, 2 des manifestations digestives, 6 des manifestations nerveuses et digestives, 3 des manifestations uniquement cutanées. L'achlorhydrie était présente chez presque tous; il semble y avoir une relation entre ce symptôme et les troubles nerveux.

Dans 94 pour 100 des cas, il y avait une infestation parasitaire de l'intestin.

Dans 6 cas, il y eut une amélioration sensible des phénomènes nerveux, en donnant du fer à hautes doses, traitement préconisé par Sargeant dans la sclérose combinée anémique. On a donné jusqu'à 150 pilules de Blaud par jour pendant six semaines.

André Plichet.

IL POLICLINICO [Sezione medica] *(Rome)*

G. Barbareo-Forleo. ***La papule urticarienne jaune, produite par l'histamine dans les états ictériques. Valeur séméiologique et mécanisme de formation*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XL, n° 4, 1er Avril 1933). — L'injection intradermique d'histamine produit localement une papule urticarienne; dans les états ictériques, cette papule se colore en jaune (Klein). B. a vérifié la valeur de l'épreuve de Klein pour le diagnostic des ictères latents, par hyperhémolyse ou par stase; la coloration jaune se produit avant même que l'ictère soit apparent, lorsqu'il y a des substances pigmentaires en excès dans le sang ou les tissus;

on peut d'ailleurs obtenir des papules colorées après mise en circulation dans le sang de diverses substances colorantes comme le rouge Congo. Le mécanisme de formation est complexe : B. fait intervenir l'activité lymphagogue, des troubles de la perméabilité capillaire, des troubles du métabolisme cellulaire local et l'activité biochimique fondamentale de l'amine qui entre dans la constitution de l'histamine injectée.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. Gavazzeni. ***Le fonctionnement du rein étudié par la méthode de Rehberg ; considérations générales et influence des substances vaso-motrices*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XL, n° 5, 1er Mai 1933). — Appliquant la théorie de Ludwig-Cushny de la filtration glomérulaire et de la résorption tubulaire, Rehberg a décrit une méthode permettant de déterminer la quantité de liquide qui filtre dans un temps donné à travers les glomérules et le pourcentage de ce liquide qui est résorbé pendant son passage dans les tubes ; il admet que la créatinine est éliminée par les glomérules à une concentration égale à celle du sang et qu'elle n'est pas résorbée par les tubes ; connaissant le rapport des taux de la créatinine dans le sang et l'urine et la quantité d'urine éliminée, on peut calculer le volume du liquide filtré au niveau des glomérules et la concentration qu'il a subie au niveau des tubes.

G. a recherché quel était le comportement du rein sous l'influence de substances vaso-motrices, dans le but de déterminer si les modifications de la diurèse dépendent des glomérules ou des tubes ; or, la filtration glomérulaire est augmentée aussi bien par les substances vaso-dilatatrices (acétylcholine, pilocarpine, histamine), que par les substances vaso-constrictives (ergotamine, éphétonine, atropine) ; la résorption tubulaire est influencée de façons très diverses et une même substance peut aussi bien l'accroître que la diminuer. Les recherches de G. ne lui ont donc pas permis d'apporter une confirmation indirecte de l'exactitude de la théorie et de la méthode de Rehberg.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA *(Turin)*

L. Condorelli. ***Contribution clinique et anatomo-pathologique à la connaissance de la cancéro-cirrhose*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. 1, n° 15, 14 Avril 1933). — C. rapporte deux observations d'adéno-cancer avec cirrhose chez des syphilitiques ; le processus d'hyperplasie dégénérative caractéristique de la cirrhose s'était développé sur une hépatite chronique, probablement syphilitique d'après les données de l'examen histologique ; dans un des cas, il y avait une gomme hépatique calcifiée.

Dans le premier cas, en dehors de la cirrhose, il y avait de nombreux adénomes des types hépato- et cholangio-cellulaires ou mixtes ; en certains points, on observait la dégénération cancéreuse du processus adénomateux. Les nodules d'adénome existaient dans les zones où les phénomènes d'hyperplasie régénérative étaient intenses comme dans celles où il y avait une sclérose diffuse avec des phénomènes régénératifs limités aux canalicules biliaires. Dans le second cas, il y avait également de nombreux adénomes des trois types ; au niveau de certains, on pouvait observer la transformation des cordons de cellules adénomateuses à type hépatique en tubes d'adénomes cholangiocellulaires ; cette transformation, qui se faisait aussi dans certains nodules simplement hyperplasiques, était comparable à celle par laquelle les cordons cellulaires de l'ébauche hépatique se transforment en canalicules biliaires. Dans les deux cas, il y avait de nombreuses néoformations de pseudo-tubes biliaires par métaplasie anaplastique des cellules hépatiques.

C. estime que dans l'adénocancer avec cirrhose, les adénomes, quel que soit leur type, peuvent dériver des cellules hépatiques ; mais il n'est pas impossible que par un processus de métaplasie protoplastique, les cellules biliaires puissent former un adénome hépato-cellulaire.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Usseglio et F. Lemmi. ***L'élimination de l'acide urique dans le rhumatisme articulaire aigu*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. 1, n° 16, 21 Avril 1933). — De l'étude de 14 sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu, U. et L. concluent que l'uricémie dans cette affection atteint les valeurs limites supérieures des sujets recevant une alimentation riche en purines, ou plus souvent les dépasse (jusqu'à 5,2 milligr. pour 100) ; il n'y a pas de rapport net et constant entre la gravité de la maladie et l'importance de l'hyperuricémie ; cependant, dans quelques cas, aux valeurs élevées correspondent des déterminations articulaires particulièrement nombreuses ; l'amélioration clinique coïncide ou non avec une baisse de l'uricémie.

La teneur de l'urine en acide urique est, dans tous les cas, nettement augmentée, et cela parfois pendant tout le cours de la maladie ; il n'y a pas de parallélisme entre l'uricurie et les phases d'amélioration et d'aggravation ; l'élimination uricurique présente des élévations brusques et considérables, comparables seulement à ce qu'on observe dans les leucémies traitées par les rayons X (jusqu'à 6,35 gr. par 24 heures) ; dans la règle, l'hyperuricurie persiste très longtemps et ce n'est que rarement, dans des formes bénignes ou rapidement guéries, qu'elle cesse peu à peu, quelques jours après la guérison clinique. Les crises hyperuricuriques ne correspondent pas tant aux valeurs élevées de l'uricémie qu'à la gravité et à l'extension de la maladie ; elles se répètent plus souvent dans les cas où un grand nombre d'articulations sont atteintes.

L'interprétation de ces modifications est encore impossible et, en particulier, il y a trop de différences entre le métabolisme de l'acide urique dans le rhumatisme articulaire aigu et la goutte pour qu'une comparaison soit légitime ; il est certain que les modifications ne dépendent ni de la fièvre, ni de la leucocytose, ni du traitement salicylé ; il est probable qu'elles sont en rapport avec la localisation articulaire spécifique de la maladie.

LUCIEN ROUQUÈS.

P. Foltz. ***La sérologie de la syphilis; valeur comparative des réactions de Wassermann, Meinicke (M. T. R.) et Kahn sur 8.000 sérums*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. 1, n° 17, 28 Avril 1933). — La réaction de Kahn est la plus sensible et la plus spécifique des trois réactions ; du point de vue de la sensibilité, sa supériorité est surtout évidente pour les syphilis latentes, primaires et tertiaires.

La réaction de Meinicke (M.T.R.) occupe le second rang dans l'échelle de la sensibilité et de la spécificité ; elle est très sensible et spécifique, quoique un peu moins que la réaction de Kahn, dans les syphilis latentes et tertiaires ; pour les syphilis primaires et congénitales, elle est inférieure aux réactions de Kahn et de Wassermann.

La réaction de Wassermann est moins spécifique que les précédentes ; sa sensibilité est plus grande dans les syphilis primaires et congénitales où sa supériorité est évidente ; elle est moins sensible que les autres dans les syphilis tertiaires et surtout latentes ; l'emploi d'un antigène additionné de cholestérine rend la réaction de Wassermann un peu plus sensible et spécifique.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Debenedetti et C. Currado. ***L'anémie hypochrome achylique*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. 1, n° 17, 28 Avril 1933). — A propos de 5 observations d'anémie hypochrome achylique, D. et C. montrent que le vaste groupe des anémies du type chlorotique est constitué par des entités cliniques disparates qui n'ont en commun qu'un symptôme banal, contingent et souvent transitoire : la baisse de la valeur globulaire. Cependant, une place à part doit être faite à l'anémie hypochrome achylique qui a été isolée surtout par Knud Faber ; elle ne paraît pas exceptionnelle, au moins dans certains pays ; elle atteint de préférence les femmes à l'âge mûr ou adulte ; la symptomatologie fonctionnelle est celle de toutes les anémies ; la glossite de Hunter a été signalée, mais en général, elle est très fruste ou il n'y a que de simples troubles subjectifs ; on constate souvent une déformation spéciale des ongles qui deviennent concaves ; les paresthésies des mains et des pieds sont fréquentes, mais les graves lésions funiculaires sont rares ; hématologiquement, c'est une anémie hypochrome parfois très accusée ; la microcytose est habituelle mais c'est une réaction banale dans beaucoup d'anémies hypochromes ; le symptôme le plus caractéristique est l'achylie, partielle ou totale, qui existe même pendant les périodes de rémission. L'évolution est essentiellement chronique, avec tendance à la récidive ; la médication martiale agit avec une remarquable promptitude tandis que l'hépatothérapie donne des résultats bien minimes comparés à ceux que l'on obtient dans l'anémie pernicieuse.

L'anémie hypochrome avec achylie et l'anémie pernicieuse peuvent exister dans une même famille et un stade d'anémie hypochrome peut précéder l'anémie pernicieuse ; mais les points communs à ces deux affections sont peu importants en comparaison des différences qui les séparent. On ne sait rien de la pathogénie de l'affection ; on ignore si elle constitue vraiment une affection autonome ; il reste à déterminer si l'achylie est un facteur pathogénique ou un symptôme coordonné. Cependant, il faut retenir qu'à des causes parfois minimes ou qui échappent, certains sujets peuvent réagir, peut-être en raison de leur achylie, par une anémie hypochrome qui peut être grave, mais qui guérit facilement par le fer. A un point de vue purement clinique et à titre provisoire, on peut admettre l'existence de l'anémie hypochrome avec achylie.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Greppi. ***Nouvelles indications cliniques de la ligature de l'artère splénique*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. 1, n° 18, 5 Mai 1933). — La ligature de l'artère splénique a été proposée dans l'ictère hémolytique splénomégalique par Alessandri qui l'a faite dans deux cas ; Durante en a rapporté un autre ; dans ces 3 observations, l'ictère a nettement diminué mais les modifications de la résistance globulaire n'ont pas été influencées. La splénectomie, tout au moins en ne tenant compte que de ses effets durables et non de ses effets immédiats, ne paraît pas donner de résultats supérieurs à ceux de la simple ligature ; elle est certainement plus dangereuse ; d'autre part, après la ligature, la rate est ischémiée, mais non complètement exclue de la circulation et ses connexions neuro-humorales et sanguines avec les autres organes persistent, en particulier la récolte et l'élaboration des résidus hématiques peut se faire encore en partie par les vaisseaux gastro-spléniques. On peut donc conclure à la supériorité de la ligature sur la splénectomie.

La ligature paraît également *a priori* préférable à la splénectomie dans les syndromes chroniques d'hépato-splénomégalie avec ictère mixte, à la fois hémolytique et hépatique, dans les splénomégalies thrombo-phlébitiques et dans les syndromes hépato-spléniques de nature congestivo-scléroti-

que ou syndrome de Banti (ce terme étant entendu au sens large). Ce sont donc de nouvelles indications de la ligature qui s'ajoutent au syndrome où celle-ci a été proposée pour la première fois et où son efficacité est démontrée, le syndrome hémorragique du type Werlhof.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Cionini. ***Les modifications des substances protéiques du sérum comme indice de l'état fonctionnel du foie dans les affections de cet organe*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 19, 12 Mai 1933). — De l'étude de 60 cas d'affections hépatiques diverses, C. conclut que les modifications des protéines sériques sont constantes dans les hépatites chroniques diffuses entraînant un certain degré d'insuffisance fonctionnelle; ces modifications sont indépendantes de la cause de l'insuffisance fonctionnelle et de ses symptômes; par contre, elles sont rigoureusement parallèles à l'évolution clinique, s'accentuant, restant stationnaires ou régressant suivant que la maladie s'aggrave, n'évolue pas ou tend vers la guérison.

On observe chez les hépatiques une augmentation de la globuline et une diminution proportionnelle de la sérine telles que dans la majorité des cas, les protéines totales sont normales ou peu au-dessous des limites normales inférieures; il n'est toutefois pas exceptionnel de rencontrer de l'hyper- et surtout de l'hypo-protéinémie. Dans l'interprétation des résultats des dosages, on ne doit pas tenir compte seulement du rapport sérine-globuline, mais aussi des protéines totales, même dans les cas où celles-ci sont comprises entre les limites normales; à valeurs égales du rapport sérine-globuline, le fonctionnement hépatique est d'autant plus compromis que la protéinémie est moins élevée et inversement.

Les modifications des protéines sériques paraissent avoir, dans les affections hépatiques non compliquées d'atteinte des autres organes, une valeur pronostique nettement supérieure à celle des autres épreuves fonctionnelles.

LUCIEN ROUQUÈS.

L. Migliardi. ***La réserve alcaline du sang comme critère pronostique en chirurgie urinaire*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 19, 12 Mai 1933). — L'étude de 180 malades atteints d'affections urinaires chirurgicales montre qu'il n'y a pas un parallélisme nécessaire entre la réserve alcaline et les méthodes usuelles d'exploration fonctionnelle; des valeurs élevées de l'azotémie et de la constante, une mauvaise élimination de la phénolphtaléine, des épreuves de Volhard défavorables peuvent exister avec une réserve alcaline normale et, à l'inverse, la réserve alcaline est dans quelques cas abaissée, alors que d'après les autres méthodes, la fonction rénale paraît encore relativement conservée.

Les méthodes usuelles d'exploration rénale donnent de bons renseignements sur la capacité rénale d'élimination, mais ne préjugent pas de la résistance du malade à l'acte opératoire et, de ce point de vue, la supériorité de la réserve alcaline est indiscutable. Avec une réserve alcaline au-dessus de 50, le pronostic opératoire est favorable, même si les résultats des épreuves d'exploration fonctionnelle paraissent contre-indiquer l'opération; quand la réserve alcaline est entre 50 et 40, le pronostic opératoire est réservé et dans les suites opératoires surviennent souvent des phénomènes d'insuffisance rénale qui peuvent soit régresser, soit aboutir à la mort; quand la réserve alcaline est entre 40 et 30, le pronostic opératoire est très grave et les interventions toujours très périlleuses; quand la réserve alcaline est au-dessous de 30, les malades sont dans la règle sous le coup d'une mort rapide et tout acte opératoire est à rejeter.

LUCIEN ROUQUÈS.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

G. C. Vannucci. ***Etude du comportement de la pression veineuse périphérique dans la phrénico-exérèse seule ou associée au pneumothorax*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. LIV, n° 16, 16 Avril 1933). — D'une étude portant sur 70 malades, V. conclut que la pression veineuse périphérique augmente après la phrénicectomie dans 84 pour 100 des cas; dans les autres cas, elle ne se modifie pas ou s'élève de moins de 10 mm. d'eau; l'élévation est de même ordre, que l'opération soit faite à droite ou à gauche; elle se produit aussitôt après l'opération et dure en général deux mois, rarement plus. Chez les malades qui ont subi une phrénicectomie et un pneumothorax du même côté, la pression veineuse se comporte comme chez ceux qui n'ont subi que la phrénicectomie; la double intervention est bien supportée lorsque le poumon opposé est en état de fournir un effort de compensation suffisant. La capacité fonctionnelle du cœur et des poumons doit être évaluée avec beaucoup de soins avant de pratiquer un pneumothorax d'un côté chez un malade qui a déjà subi une phrénicectomie de l'autre, et même lorsque la double intervention a été bien supportée, il faut pratiquer les insufflations avec prudence et ne pas atteindre des pressions endopleurales trop élevées (les 3 malades de cette catégorie suivis par U. ne l'ont été qu'après l'institution du pneumothorax). Dans un cas de thoracoplastie après phrénicectomie, l'élévation de la pression veineuse a été durable.

Dans tous ces cas, l'élévation de la pression veineuse relève d'un double mécanisme, mécanique et nerveux.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Rosario. ***La déformabilité de la pupille est-elle un signe pathognomonique de la mort réelle ?*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. LIV, n° 18, 30 Avril 1933). — Tonelli a prétendu récemment qu'un signe certain de la réalité de la mort est la possibilité de déformer la pupille par des pressions digitales exercées sur le globe oculaire. R. a constaté que ce signe était toujours positif lorsque la mort était réelle, qu'il apparaissait dès la cessation de la vie et qu'il manquait dans les syncopes graves avec mort apparente, après anesthésie au chlorure d'éthyle, rachianesthésie ou embolie pulmonaire; mais il lui refuse toute valeur pathognomonique de la mort réelle car il l'a trouvé très net dans des circonstances variées: après instillations conjonctivales de myotiques et de mydriatiques, après absorption d'atropine par voie buccale ou parentérale, et chez certains malades soumis à une anesthésie superficielle au chlorure d'éthyle ou à une rachi-anesthésie.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA
(Parme)

A. Fontana et **S. Stazzi.** ***Rate et hématopoïèse dans l'intoxication par le plomb*** (*Giornale di clinica medica*, t. XIV, n° 4, 20 Mars 1933). — F. et S. ont étudié chez le lapin l'intoxication expérimentale par le plomb; l'accumulation, l'assimilation, la transformation et l'élimination du toxique ne dépendent pas seulement de sa dose, de sa nature chimique et de la voie d'introduction, mais aussi de l'état de réaction de l'organisme et particulièrement des organes hématopoïétiques. Parmi les agents de défense de l'organisme, une place privilégiée doit être faite à la rate; comme l'a montré l'étude des animaux à rate normale, des animaux à rate partiellement détruite (ligature d'un pôle, injection intra-splénique d'alcool) et des animaux splénectomisés, la rate accroît le pouvoir de résistance de l'organisme et protège, contre l'action du toxique, le foie et les reins chargés de le transformer et de l'éliminer.

LUCIEN ROUQUÈS.

ANNALI D'IGIENE
(Rome)

G. Sanarelli et **A. Alessandrini.** ***Etudes sur l'ultra-virus tuberculeux, 2e mémoire : les protogènes du virus tuberculeux*** (*Annali d'Igiene*, t. XLIII, n° 3, Mars 1933). — L'emploi des sachets de collodion à simple et double paroi permet de démontrer les faits suivants:

1° L'ultra-virus tuberculeux traverse spontanément *in vivo* et aussi *in vitro* les parois des ultra-filtres de collodion; ce qui démontre que les objections variées adressées aux résultats positifs obtenus avec les bougies poreuses ordinaires sont mal fondées.

2° L'ultra-virus des filtrats obtenus directement *in vivo* ou *in vitro* est toujours d'une activité pathogène assez médiocre et incapable de produire les nodules tuberculeux spécifiques.

3° L'infection par l'ultra-virus en cours chez un animal évolue fatalement vers la mort, lorsqu'il s'y ajoute une infection due à des germes de sortie ou lorsque l'animal met bas ou avorte.

4° L'ultra-virus a une faible vitalité et est très exigeant du point de vue des facteurs nutritifs; ce n'est que par exception qu'on arrive à le cultiver en partant de pulpes d'organes ou de produits pathologiques provenant d'animaux inoculés avec un ultra-virus à son deuxième ou troisième passage.

5° L'ultra-virus est capable de traverser *in vivo* la double paroi d'un sac de collodion placé dans le péritoine d'un animal et de provoquer chez lui des lésions spécifiques. L'emploi des sacs à double paroi permet de retenir et d'observer dans la sérosité qui se trouve entre les deux parois les formes bactériennes issues des éléments invisibles de l'ultra-virus.

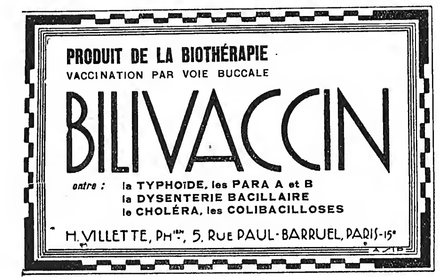
6° A ces formes bactériennes initiales, S. et A. donnent le nom de protogènes tuberculeux; ils ne sont jamais acido-résistants; ils sont toujours peu nombreux et incapables d'évoluer vers les phases ultérieures, tant qu'ils restent dans les sacs, en raison du pouvoir bactéricide léger et de la réaction alcaline de la sérosité péritonéale qui pénètre à l'intérieur des sacs. Sauf exception, la sérosité péritonéale non activée ne constitue pas un milieu favorable au développement des germes microbiens en général et des bacilles tuberculeux en particulier.

7° Sur les milieux appropriés, les ensemencements de protogènes venant des sacs peuvent parfois donner des cultures typiques, mais le plus souvent, ils sont négatifs ou ne produisent que des microcultures éphémères. Les cultures sont d'abord peu virulentes, puis reprennent par des repiquages successifs toute leur activité spécifique et l'aptitude à donner des nodules tuberculeux.

8° L'inoculation au cobaye d'une sérosité contenant des protogènes provoque un processus généralement mortel et en tous cas à évolution très chronique; ce processus n'est pas tant caractérisé par des altérations de nature phlogistique ou caséogène, par l'absence de granulomes tuberculeux que par la présence fréquente de bacilles acido-résistants. Les protogènes sont, comme l'ultra-virus, doués d'une virulence réduite, mais ils reprennent facilement par des passages de cobaye à cobaye leurs caractères spécifiques de cultivabilité et de pouvoir pathogène.

9° De l'ensemble de ces recherches, résulte la démonstration expérimentale que la division par scission n'est pas le seul mode de reproduction du bacille de Koch et qu'il existe un cycle évolutif du virus tuberculeux.

LUCIEN ROUQUÈS.


PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
BILIVACCIN
contre : la TYPHOÏDE, les PARA A et B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA, les COLIBACILLOSES
H. VILLETTE, Phien, 5, RUE PAUL-BARRUEL, PARIS-15e

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

A. Desaux, René Nadal et **Mlle B. Dupeux.** ***Les névrodermites circonscrites (Conception actuelle et schéma thérapeutique)*** [*Bulletin Médical*, An XLVII, n° 43, 28 Octobre 1933]. — Après avoir rappelé brièvement les caractères cliniques de la névrodermite circonscrite (ou prurit circonscrit avec lichénification de L. Brocq), D., N. et Mlle D. présentent une thérapeutique qui s'inspire de la pathogénie de la dermatose.

Un prurit persistant détermine un grattage sans cesse renouvelé sous l'action duquel s'amplifie et s'accélère la croissance d'un épiderme dont la réactivité est exagérée, tel est le schéma pathogénique de la névrodermite. On devra donc :

1° Supprimer les causes du prurit.

2° Réduire la sensibilité nerveuse et limiter l'activité morbide génératrice de l'épiderme.

A. — La thérapeutique visant la *suppression du prurit* variera suivant les cas : tantôt l'irritation persistante des terminaisons nerveuses cutanées succède à une inflammation épidermique durable déterminée par une infection ou par le contact sans cesse renouvelé d'un liquide ou d'un écoulement pathologique issu d'un conduit naturel (nasal, urétral, rectal, vaginal...); tantôt le prurit de la lichénification est d'ordre allergique; plus rarement il est déterminé et entretenu par une souffrance du nerf dont l'extrémité cutanée se ramifie dans l'épaisseur de la névrodermite; il peut être enfin la projection cutanée d'une souffrance chronique viscérale.

B. — Certes, le traitement général, dans une certaine mesure, *réduit la sensibilité nerveuse cutanée* et *limite l'activité génératrice morbide de l'épiderme*. Mais il est à lui seul incapable de guérir la névrodermite circonscrite dont l'étiologie est régionale.

Le traitement cutané a une importance capitale. Il est conduit par étapes :

L'étape médicamenteuse (frictions à l'alcool iodé, à 1 pour 100, suivies d'un massage appuyé à la pommade au goudron de houille, 1/10 ou 1/20) est indispensable mais rapidement franchie.

Dès que les phénomènes inflammatoires s'estompent, on aborde, sans perdre de temps, l'étape physiothérapique : massage-expression de Jacquet et Leroy, douche filiforme, cryothérapie, haute fréquence.

L'effet du traitement physiothérapique peut être renforcé par l'emploi de certains procédés exerçant une action sédative sur le trajet ou sur les racines du nerf dont les terminaisons nerveuses cutanées sont prurigineuses : injection de lipiodol sous-dermique, injections analgésiantes, radiothérapie rachidienne, ponction lombaire.

Si la dermatose résiste à tous ces traitements, ne pas hésiter, pour réduire l'activité des cellules de la peau, à employer la radiothérapie cutanée; mais en usant d'une technique précise et seulement après avoir préparé, c'est-à-dire désinfecté, décapé, aminci la plaque par les moyens ci-dessus indiqués.

C. — L'*intervention chirurgicale* est une méthode d'exception. Les résultats des diverses opérations proposées pour guérir le prurit vulvaire sont peu encourageantes. L'opération la moins décevante est la névrotomie bilatérale des nerfs honteux internes.

Certains auteurs lui préfèrent la résection du nerf présacré, d'autres la cordotomie bilatérale. On est amené parfois à réaliser une vulvectomie (en général partielle), — indiquée quand on craint une dégénérescence cellulaire, — à tenter chez la femme désespérée et après avoir épuisé toutes les ressources thérapeutiques.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Alajouanine et **Thurel.** ***La diplégie faciale cérébrale, forme corticale de la paralysie pseudobulbaire*** (*Revue neurologique*, XLe année, t. II, n° 4, Octobre 1933). — La forme corticale de la paralysie pseudo-bulbaire est singulière par bien des côtés :

1° Le syndrome pseudo-bulbaire est isolé ou presque : la paralysie est en effet limitée aux muscles de la face, de la langue, du pharynx, du larynx et aux masticateurs; il peut s'y associer parfois une pseudo-ophtalmoplégie; l'atteinte des membres est légère et transitoire, les troubles sphinctériens et psychiques font défaut.

2° La paralysie, comme chez tous les pseudobulbaires, porte sur la motilité volontaire, mais ici elle est complète : les mouvements élémentaires et associés, qui constituent les fonctions, sont supprimés les uns et les autres; par contre la motilité réflexe et automatique est conservée.

3° Enfin il existe, de façon prolongée sinon définitive, une asthénie, une hypoexcitabilité mécanique des muscles paralysés, ce qui explique pourquoi le rire et le pleurer n'ont pas ici le caractère spasmodique habituel.

A. et T. insistent sur les caractères de cette forme de diplégie facio-linguo-pharyngo-laryngomasticatrice, à propos des observations anciennes dont ils donnent un court résumé, et de 3 observations anatomo-cliniques nouvelles. Le substratum anatomique de ce syndrome consiste en lésions corticales pénétrant plus ou moins profondément dans le centre ovale intéressant les centres corticaux des muscles de la face, de la langue, du pharynx, du larynx et des muscles masticateurs. Ces lésions obligatoirement bilatérales sont presque toujours des lésions vasculaires.

H. Schaeffer.

D. Noica. ***Sur les récentes acquisitions de la physiologie normale et pathologique de l'appareil cérébelleux*** (*Revue neurologique*, XLe année, t. II, n° 4, Octobre 1933). — Jusqu'aux travaux de Babinski, la physiologie du cervelet était dominée par les idées de Flourens qui attribuait à cet organe un rôle de coordination musculaire. Babinski décrivit le syndrome cérébelleux et montra la présence des phénomènes d'asynergie, d'hypermétrie, d'adiadococinésie, de catalepsie, chez les cérébelleux. N. pense que les troubles observés chez les cérébelleux sont dûs à l'altération d'une seule et unique fonction : la fonction de fixité.

N. a déjà montré dans un travail antérieur que la faculté de rester debout est due aux fonctions de fixité et d'équilibre. Un trouble de ces fonctions peut être mis en lumière par diverses épreuves.

La réaction de s'arc-bouter, qui existe chez l'animal et l'homme normaux, n'existe plus chez le cérébelleux. Ce dernier est incapable de se tenir sur le talon, la pointe ou le bord externe d'un pied, même si on lui tient les mains. La réaction du saut à cloche-pied qui se produit chez un sujet normal, lorsqu'on le pousse brusquement de côté, n'existe pas chez le cérébelleux.

La réaction de soutien ou le tonus de soutien qui est dû à la contraction de tous les muscles des membres et du tronc est exagérée chez l'animal décérébellé qui se tient debout comme sur des échasses, le dos formant une voûte très prononcée. Le même fait s'observe lorsqu'on fait marcher un cérébelleux à quatre pattes, ou sur les mains, quand on le fait s'accroupir.

Pour Rademaker ces deux premières réactions sont dépendantes de la fonction d'équilibre, et la réaction de soutien répond à une fonction d'hypertonie réflexe.

N. pense que toute la physiologie de l'appareil cérébelleux se traduit par la présence de deux fonctions, celles d'équilibre et de soutien, qu'il est à peu près impossible de dissocier en clinique, car normalement elles fonctionnent simultanément et se complètent réciproquement.

Ce sont ces mêmes fonctions qui seraient troublées d'après N. chez les sujets atteints de lésions labyrinthiques, que Rademaker et Garcin ont mises en lumière au moyen de la table basculante.

H. Schaeffer.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

C. Ruppe, Lattès et **Cauhepe.** ***Contribution à l'étude des phlegmons diffus faciaux*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXV, n° 12, Décembre 1933). — R., L. et C. publient 7 observations inédites de phlegmons diffus faciaux qu'ils ajoutent à 4 autres cas antérieurs; ce qui leur permet de reprendre l'étude de ces phlegmons diffus et d'arriver aux conclusions suivantes :

L'expression de phlegmon diffus doit être réservée à un syndrome anatomo-clinique caractérisé par une intoxication massive et des lésions diffuses dans lesquelles les processus destructifs (sphacélisant, gangreneux avec ou sans production gazeuse) l'emportent sur le processus phlegmasique.

Il faut en éliminer les abcès putrides et les abcès diffusés.

Ces phlegmons diffus sont très rares parce qu'ils nécessitent une hypervirulence exceptionnellement réalisée. Cette hypervirulence n'a pas reçu d'explication plausible. La déficience du terrain est une cause adjuvante, mais non indispensable.

Ces phlegmons diffus sont encore plus rares au niveau de la face, parce que la face est très vascularisée, et pauvre en masses musculaires. La pratique des plaies de guerre nous a déjà avertis de ces faits. Il en est de même dans les plaies de la face par accidents.

La lésion initiale est, d'ordinaire, une monoarthrite apicale d'une dent inférieure et postérieure (8 cas sur 11). On retrouve ensuite comme cause : un cas de monoarthrite d'une molaire supérieure, un accident éruptif de dent de sagesse inférieure, une angine.

Les fusées se font dans les plans superficiels, ou dans les plans profonds (fosse ptérygo-maxillaire, fosse temporale) ou dans les deux à la fois. Un œdème dur et discret au-dessus du zygoma avertit seul, au début, de la propagation vers la fosse temporale.

Entre le début de l'accident dentaire ou angineux originel et l'apparition des signes de cellulite diffuse s'écoule environ une semaine (de 2 à 15 jours). Et, pendant cette période, aucun critérium ne permet de prévoir l'évolution; d'où la

nécessité d'une surveillance attentive du malade, d'une thérapeutique anti-infectieuse et de défense de l'organisme et d'un bon drainage.

A thérapeutique égale, il existe des degrés dans la virulence microbienne qui expliquent les différences dans les résultats (sur 11 cas recueillis, 5 guérisons). Mais, de toute manière, acte chirurgical d'extrême urgence et large.

C. R.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

A. Austregesilo (Rio-de-Janeiro). ***Nouvelle infection neurotrope ? Les neuro-myélites aiguës et suraiguës observées au Brésil*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, n° 10, Octobre 1933). — En dehors de l'encéphalite léthargique et de la maladie de Heine-Médin, A. signale la fréquence actuelle au Brésil de neuro-myélites ou même de myélites, pouvant revêtir l'aspect clinique de la paralysie ascendante de Landry. Ces faits qui surviennent particulièrement au cours de la grippe paraissent dus à un virus neurophile. Certains, après un début polynévritique, restent au stade myélitique, mais peuvent se terminer par des accidents bulbaires. Souvent un état infectieux précède le tableau neurologique, faisant incriminer la grippe. Les accidents myélitiques, avec troubles sphinctériens, escarres, accidents bulbaires peuvent entraîner la mort. Le liquide céphalo-rachidien est riche en albumine, avec dissociation albumino-cytologique; la réaction de Pandy a été trouvée positive. Le pronostic est sombre.

A. relate 10 observations recueillies dans son service. Il y ajoute 2 cas mortels à évolution foudroyante observés dans sa pratique de ville.

L. Rivet.

H. Annes Dias (Porto Alegre). ***Hémochromatose*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, n° 10, Octobre 1933). — D. relate l'observation d'un Brésilien blanc âgé de 35 ans, qui présentait le type clinique de la cirrhose pigmentaire de Hanot et Chauffard: gros foie dur et lisse, ictère discret, ascite avec circulation collatérale, mélanodermie. En outre, hypoglycémie et acidose très accentuées. Pas de glycosurie, mais vraisemblablement y avait-il eu un stade préalable avec diabète. Après ingestion de 50 gr. de glycose, on observa une hypoglycémie paradoxale provoquée.

L'hypoglycémie, la forte diminution de la réserve alcaline, les caractères de la mélanodermie, l'hypotension artérielle, l'existence de troubles digestifs, faisaient penser à l'intervention d'un facteur surrénal. L'hypocholestérolémie constatée peut se voir dans l'hémochromatose comme dans la maladie d'Addison

L'hémochromatose est une hépato-splénomégalie s'accompagnant de mélanodermie. On sait la variabilité de l'association des symptômes fondamentaux. D. discute longuement les opinions émises sur la nature et l'origine du pigment, sur le rôle et le siège de l'hémolyse, sur le rôle du système réticulo-endothélial et la thiémie.

L. Rivet.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

H. Fath et **H. J. Jasienski** (Sanatorium de l'Altenberg). ***Les modifications topographiques des scissures interlobaires et leur signification dans la tuberculose pulmonaire*** (*Revue de la tuberculose, 4e série*, t. I, n° 9, Novembre 1933). — F. et J. donnent d'abord une description anatomique des surfaces interlobaires et de leurs principales anomalies. Puis ils étudient la projection radiologique des surfaces interlobaires. Ils envisagent le remaniement scissural, en fonction des processus tuberculeux, décrivent les images linéaires au cours de la tuberculose pulmonaire et leur interprétation topographique, et envisagent les rapports des images scissurales avec la tuberculose pulmonaire.

L'anatomie pathologique, en enseignant la fréquente localisation du processus inflammatoire à une portion de la surface interlobaire ou à l'un de ses bords, permet d'expliquer les fines images scissurales, les aspects de dédoublement, et certaines projections paradoxales.

L'étude des lymphatiques de la plèvre interlobaire rend compte de la pathogénie de ses réactions. De nombreuses affections pleuro-pulmonaires, l'adénopathie trachéo-bronchique, sont à l'origine, chez l'enfant comme chez l'adulte, de réactions scissurales le plus souvent éphémères, mais qui peuvent aussi persister alors qu'ont disparu tous vestiges des processus pathologiques qui leur ont donné naissance. On discutera encore l'hypothèse d'une stase pulmonaire sanguine, de bronchectasies, ou de lymphangite néoplasique, avant d'affirmer les relations de la scissurite avec la tuberculose pulmonaire.

L'étude des régions scissurales est importante pour le diagnostic et le pronostic. Dans la phtisie chronique, la surveillance attentive de ces régions fera parfois prévoir l'apparition de foyers homo- ou contro-latéraux et pourra, en toute connaissance de cause, inspirer la conduite thérapeutique du médecin.

L. Rivet.

LYON CHIRURGICAL (Paris)

Dahl-Iversen. ***Valeur diagnostique, dangers et complications de l'encéphalo-ventriculographie*** (*Lyon Chirurgical*, t. XXX, n° 6, Novembre-Décembre 1933). — Cet article est une conférence faite à la Société de Chirurgie Danoise: il n'apporte pas de documents personnels; il passe en revue l'historique, la technique, les indications, les symptômes fâcheux immédiats ou proches; les accidents graves, mortels, de l'encéphalographie et de la ventriculographie.

L'encéphalographie, lombaire ou sous-occipitale, renseigne mal sur l'état des ventricules et toutes deux sont dangereuses et doivent céder le pas à la ventriculographie dans les cas de tumeur cérébrale avec stase papillaire et hypertension. Il faut faire exception pour les cas de tumeur au début avant l'hypertension et la stase, car l'encéphalographie est alors moins dangereuse que la ventriculographie rendue difficile par l'absence de distension ventriculaire.

Une statistique d'Olivecrona montre que, dans les tumeurs, la ventriculographie a permis le diagnostic certain et la localisation dans un tiers des cas, permettant ainsi une ablation qui aurait dû être sans elle remplacée par une décompression sous-temporale.

Les *symptômes secondaires désagréables* seulement et précoces (céphalalgie, vertige, sueurs, nausées, vomissements, troubles vaso-moteurs, modifications du pouls et de la pression sanguine, troubles respiratoires allant jusqu'à l'asphyxie), peuvent être suivis, quelques heures après, d'autres complications qui durent quelques jours: température au-dessus de 38°, raideur de la nuque, hyperesthésie cutanée, douleurs des extrémités, Kernig positif.

Les *complications graves, mortelles* sont à redouter, en cas de tumeur cérébelleuse, après une injection d'air lombaire et surtout sous-occipitale. Même entre des mains exercées, la méthode sous-occipitale est d'une exécution difficile et elle peut entraîner des lésions bulbo-médullaires, des blessures du plexus veineux, de l'artère cérébelleuse postérieure, de la vertébrale elle-même.

La ventriculographie, elle aussi, est difficile dans les circonstances anormales et provoque des lésions et des hémorragies du tissu cérébral et de la tumeur qui dans bien des circonstances ont été cause de la mort. Les variations de pression qu'elle provoque dans l'hypertension intra-cranienne peuvent provoquer la mort dans les heures qui suivent; surtout lorsque la tumeur occupe le lobe temporal ou la fosse postérieure. Sur 392 ventriculographies, la statistique de Grant accuse une mortalité de 8 pour 100; mortalité qui ne serait que de 0,67 pour 1000 sur 895 encéphalographies lombaires d'après Pancoast et Fay. Ces auteurs pensent diminuer le danger en opérant dans les heures qui suivent la ponction, avant la phase d'hypertension consécutive.

La conclusion est qu'il ne faut se servir ni de l'encéphalo- ni de la ventriculographie avant d'avoir épuisé toutes les possibilités du diagnostic simple.

P. Grisel.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

K. Neubürger. ***Cœur, épilepsie et angine de poitrine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 35, 2 Septembre 1933). — En examinant le cœur de jeunes épileptiques de moins de 40 ans, on trouve d'après N., dans 30 à 40 pour 100 des cas, des altérations du myocarde caractérisées par la présence de plages de sclérose. Au microscope, on observe de la dégénérescence des fibrilles, de la nécrose, de petits infarctus cardiaques avec une zone marginale leucocytaire et enfin des plages de sclérose ancienne et récente siégeant principalement dans les muscles papillaires et dans la cloison interventriculaire. On constate également parfois de la sclérose de certaines branches des coronaires.

N. a eu l'occasion de faire l'examen du cœur d'un épileptique de 31 ans, mort accidentellement, chez lequel on a trouvé un méningiome et dont le cœur présentait, lui aussi, des régions scléreuses dans les muscles papillaires et dans la paroi postérieure du ventricule gauche. Il a été de même constaté des cicatrices d'infarctus d'âges divers dans les reins.

Dans une seconde observation concernant un enfant idiot mort au cours d'un accès épileptique, on a trouvé également une zone de tissu cicatriciel dans la paroi interventriculaire au centre de laquelle il existait une branche artérielle presque complètement sclérosée.

Ces lésions doivent être considérées comme le résultat d'un trouble de la circulation. Mais si notamment, d'après Fischer-Wasels, un spasme ne suffit pas pour provoquer de la nécrose, il faut remarquer qu'en pareil cas, le cœur, chez ces malades, peut ne pas arriver à s'adapter aux besoins considérables créés par la crise convulsive et en outre l'insuffisance d'oxygène peut intervenir.

Dans l'angine de poitrine, on observe souvent des nécroses récentes multiples, tout à fait analogues à ce qui se constate chez les épileptiques morts à la suite d'accès subintrants. A ces analogies, il faut ajouter le fait que les épileptiques âgés meurent souvent avec des altérations des coronaires ou du myocarde. Cet ensemble de faits fournit une base à la théorie vasculaire de l'angine de poitrine. Dans cette théorie, la douleur pré-cardiaque serait une douleur musculaire ischémique. La raison pour laquelle les épileptiques semblent ne pas présenter cette sensation particulière doit pouvoir être attribuée au fait qu'il y a coïncidence, chez eux, entre l'accès épileptique et

l'accès angineux, ce dernier ne donnant par suite lieu à aucun symptôme subjectif. En tous cas, il est bien établi que des altérations du myocarde peuvent survenir dans l'épilepsie sans aucune altération anatomique préalable des coronaires.

P.-E. Morhardt.

Hans Hanke. ***Pathogénèse de la gastrite expérimentale aiguë et érosive à la suite de l'administration parentérale de certaines drogues (morphine, pilocarpine, caféine)*** [*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 39, 30 Septembre 1933]. — Les recherches de H. ont consisté à étudier la nature et l'importance de certaines gastrites endogènes provoquées chez le chat dont l'estomac ressemble assez à celui de l'homme. Il s'agissait en somme d'étudier les gastrites par élimination. Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, il a été constaté après injection de morphine, de caféine et de pilocarpine à doses toxiques, des érosions microscopiques et macroscopiques souvent hémorragiques de la muqueuse, frappant les couches tout à fait superficielles et n'affectant jamais la disposition d'un infarctus. Spécialement, sous l'influence de la morphine et de la caféine, on a constaté, au voisinage de la lésion superficielle ainsi provoquée, une imbibition œdémateuse des tissus parfois colorés en brun, c'est-à-dire imprégnés d'hématine chlorhydrique, signe d'une nécrose par le suc gastrique. Avec la morphine, c'est surtout la région du corps de l'estomac qui est atteinte et aussi l'épithélium plat de l'œsophage inférieur. Avec la pilocarpine, par contre, des lésions s'observent aussi dans la zone pylorique et même dans le duodénum.

Les lésions de ce genre ne peuvent pas se produire par voie hématogène et ne sont pas le résultat de phénomènes de spasme. La disposition des lésions montre qu'il s'agit là de phénomènes peptiques dans lesquels la disposition des plis et des villosités joue un rôle caractéristique. Toutes les drogues utilisées ont, d'ailleurs, pour effet d'augmenter la sécrétion gastrique, surtout la morphine et la caféine. Mais les lésions provoquées par la pilocarpine sont moins importantes. C'est donc un suc gastrique non pas normal, mais exagérément actif, qui serait à l'origine de ces lésions.

P.-E. Morhardt.

E. Burghard et **H. Schleussing.** ***Conséquences de l'ictère grave des nouveau-nés*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 39, 30 Septembre 1933). — Certains travaux ont déjà montré que l'ictère grave s'accompagne de lésions cérébrales. B. et S. ont eu l'occasion d'observer un nouveau-né qui, dès les premières heures après la naissance, a présenté une teinte ictérique qui est allée en s'accentuant. En même temps, on a constaté que la respiration devenait irrégulière, que la tête se fléchissait fortement en arrière et qu'il apparaissait de l'hypertonie de la musculature. L'état de l'enfant a, d'ailleurs, continué à s'aggraver en même temps que l'hypertonie de l'ensemble de la musculature s'accentuait. Il est noté également que l'enfant crachait d'une façon continue et présentait des sueurs profuses parfois extrêmement abondantes. Entre temps, cependant, l'ictère avait diminué. Finalement, l'enfant mourut à cinq mois.

A l'autopsie, on examine plus spécialement les noyaux de la base. Les cellules pyramidales de la corne d'Ammon sont presque complètement détruites et remplacées par des granulations grasses gliogènes entre lesquelles on observe une prolifération de la glia et plus spécialement de la glia de Hortega.

Ces lésions, qui se retrouvent dans d'autres noyaux de la base, confirment ce qui avait été constaté par d'autres auteurs et notamment par Schmorl, Beneke, Hart, etc. Ces altérations doivent être attribuées à l'imbibition biliaire de certaines régions cérébrales. Il semble cependant que cette imbibition affecte principalement les régions ayant déjà subi des altérations. En tous cas, les lésions cérébrales observées en pareil cas ne permettent pas de penser qu'en cas de guérison le développement de l'enfant ayant été atteint d'ictère grave puisse se faire normalement.

P.-E. Morhardt.

M. Netousek. ***Hyperglobulie de la splénectomie dans l'ictère hémolytique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 39, 30 Septembre 1933). — Dans l'ictère hémolytique, la splénectomie a souvent des effets relativement bons. Dans quelques cas, cependant, ces résultats sont moins favorables: l'amélioration ne survient pas ou les accès d'hémolyse reprennent. Dans une observation de N., il est apparu, après splénectomie, de la polyglobulie.

Il s'agit d'un homme de 33 ans qui présente un ictère léger, 81 pour 100 d'hémoglobine et 5 millions d'érythrocytes. On procède à la splénectomie et, quelques mois plus tard, on constate que l'hémoglobine a passé à 122 pour 100 et les érythrocytes à 7,16 millions. Des faits de ce genre avaient déjà été observés après splénectomie en cas d'anémie pernicieuse.

On a observé d'ailleurs des transformations spontanées d'états polycythémiques en états hémolytiques. Ces polycythémies surviennent à la suite de thromboses de la veine splénique et, dans une seconde phase de la maladie, l'anémie hémolytique apparaît. Les poisons hémolytiques sont presque tous capables de provoquer, dans certaines conditions, une érythrocytose.

P.-E. Morhardt.

J. A. Collazo et **J. Sanchez Rodriguez.** ***Hypervitaminose A. Symptomatologie de l'hypervitaminose A chez les jeunes rats par l'administration de vitamine A pure*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 44, 4 Novembre 1933). — C. et R. remarquent qu'avec la découverte de la constitution chimique de la vitamine A on peut maintenant arriver à préciser les effets de l'hypervitaminose A. C'est ce qu'ils ont cherché à faire en expérimentant sur deux rats auxquels ils ont administré 20.000 unités-rat par jour de vitamine A (Vogan).

L'administration de ces doses de vitamine A a d'abord provoqué un arrêt de croissance très net et très caractéristique frappant également tous les organes de l'animal. Au bout de 10 et de 12 jours, comme les animaux paraissaient sur le point de mourir, on cessa l'administration de la vitamine et la croissance reprit pour cesser de nouveau quand on recommença la vitamine.

D'autre part, les animaux faisaient une impression misérable. Ils avaient un pelage hérissé, humide, sale et présentaient en outre des zones d'alopécie et de séborrhée. La marche témoignait de phénomènes spastiques et de contractures. On a constaté de l'exophtalmos avec tendance à la fermeture des paupières et chute des cils.

La vitamine A a été retrouvée, au moins pour une part, dans les fèces des animaux.

Ainsi, l'existence d'une hypervitaminose A est bien établie. Mais tandis que l'hypervitaminose D (hyperminéralisation, hyperphosphatémie et hypercalcémie) provoque des symptômes exactement antagonistes du rachitisme, l'hypervitaminose A provoque un arrêt de croissance au lieu du gigantisme qu'on aurait pu attendre.

P.-E. Morhardt.

Hermann Schroeder. ***Les effets hyperglycémiants et antagonistes de l'insuline provoqués par la tonéphine ou par la pitressine ou l'orasthine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 45, 11 Novembre 1933). — Tous les chercheurs sont d'accord pour admettre que les extraits de post-hypophyse ont un pouvoir antagoniste de celui de l'insuline. Mais le mécanisme de cette action n'est pas bien connu et on n'a pas étudié encore les effets des deux fractions de l'hormone post-hypophysaire actuellement isolée: la tonéphine ou vasopressine et l'orasthine ou ocytocine.

Des recherches dans ce sens ont été entreprises par S. chez des malades auxquels ces hormones ont été injectées avec ou sans insuline en même temps que le sucre du sang était dosé avant et après l'injection.

Il a été ainsi constaté que la pitressine et la tonéphine ont, à la dose de 5 à 10 unités, un effet hyperglycémiant d'environ 20 pour 100, le maximum se constatant en général au bout de 60 minutes. Par contre, l'orasthine, qui agit sur l'utérus, est sans effet. D'autre part, 10 unités de pitressine ou de tonéphine neutralisent complètement les effets de 5 unités d'insuline et parfois même provoquent, malgré cette dernière, une élévation du sucre du sang. Ces résultats semblent parler en faveur de la théorie de Wermer et Monguio, d'après lesquels l'hormone post-hypophysaire agirait sur la résorption de l'insuline. Mais, en réalité, cette théorie est incompatible avec le fait que la vasopressine et la tonéphine augmentent le sucre du sang chez les sujets normaux.

P.-E. Morhardt.

J. A. Collazo et **J. Sanchez Rodriguez.** ***Hypervitaminose A. II. Exophtalmos et fractures spontanées*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 45, 11 Novembre 1933). — C. et R. ont étudié une nouvelle série de 3 rats auxquels ils administrent 20.000 unités-rat par jour de vitamine A (Vogan). A propos de l'exophtalmos qui apparaît sous l'influence de ce traitement, ces auteurs se demandent d'abord si la vitamine A agit, comme le veut Euler, en régularisant les phénomènes d'oxydation provoqués par la thyroxine. En tous cas, chez ces animaux d'expérience, la thyroïde a été trouvée augmentée de volume. Mais on n'a pas encore constaté si cette augmentation de volume s'associe à un hyperfonctionnement. Le mécanisme pathogénique de ce phénomène n'est donc pas encore expliqué.

D'autre part, la radiographie des animaux a montré l'existence de fractures multiples spontanées des os longs. Les os sont minces et fragiles. Le périoste paraît incomplètement ossifié. Au niveau des épiphyses et des diaphyses, on constate une régression de l'ossification ou des os ostéoporotiques. Les cals sont très volumineux, transparents et se résorbent lentement comme le fait s'observe dans les os fibreux.

Il ne s'agit évidemment pas là d'une ostéopathie par insuffisance de vitamine D, puisque les rats d'expérience avaient une ration normale de cette vitamine. Il ne s'agit pas non plus d'une ostéoporose calciprive. Par contre, ces altérations du squelette ne sont pas sans analogie avec la maladie de Recklinghausen. Les analogies avec la maladie de Paget sont moins nettes. En somme, il faut admettre que cette hypervitaminose A provoque une régression de l'ostéogénèse normale et une mobilisation des dépôts de phosphore et de calcium.

D'autre part, cette hypervitaminose a des analogies remarquables avec le syndrome de Schüller-Christian qui serait la conséquence de l'hypercholestérinémie avec réticulo-endothéliose consécutive. Or, dans l'hypervitaminose A, il y a troubles du métabolisme de la cholestérine qui imprègne tout le système réticulo-endothélial, principalement les cellules de Kupffer.

P.-E. Morhardt.

Erich Urbach. ***Traitement de la fièvre des foins au moyen de propeptanes de fleurs de graminées ou de micro-repas polliniques spécifiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 46, 18 Novembre 1933). — U. a eu l'occasion de constater

que l'administration de protéines polliniques *per os*, en cas de pollinose, donne des résultats satisfaisants mais que la préparation des extraits se heurte à des difficultés matérielles importantes. D'autre part, les propeptanes de son d'orge agissent également bien chez ces malades. Sur 23 sujets atteints de rhume des foins, il en est 14 chez lesquels le son d'orge a fait pratiquement disparaître les symptômes. Mais cette préparation n'agit qu'au bout de 12 heures alors que les propeptanes spécifiques se montrent actives lorsqu'elles sont administrées trois quarts d'heure avant les repas.

Dans les 9 autres cas, il a été donné des propeptanes de fleurs qui variaient suivant la nature de la sensibilité décelée chez les malades par une épreuve nasale. Expérimentalement, il a été possible chez 50 sujets sensibles de prévenir, par administration 12 heures auparavant de propeptanes appropriées, la réaction habituellement provoquée chez ces sujets par des extraits correspondants.

Ces propeptanes de fleurs de graminées sont préparées en recueillant les épis avant l'éclosion et en les soumettant, après dessiccation, à une digestion peptique ménagée.

Les effets obtenus avec les propeptanes de son d'orge font penser à une spécificité de groupe. Il est possible, en tous cas, que les graines et les fleurs contiennent des protéines biologiquement voisines. Quoi qu'il en soit, il a été possible avec ce son d'orge finement pulvérisé, comme avec des fleurs finement hachées, de combattre le rhume des foins, ce qui confirme que la désensibilisation peut se faire *per os* comme par exemple dans la méthode skeptophylactique.

Il y a lieu de se demander si les substances actives sont des saccharides, des graisses ou des protéines polliniques. Pour U., il s'agit de protéines et plus spécialement de la fraction globulinique. D'autre part, il y a lieu de considérer qu'entre cette méthode et la méthode skeptophylactique il y a un certain nombre d'analogies et en particulier le fait que toutes deux donnent lieu à une désensibilisation vraie.

P.-E. Morhardt.

DER CHIRURG
(Berlin)

Bumm (Berlin). ***A propos du traitement des hémorroïdes par les injections*** (*Der Chirurg*, An. V, t. XXI, Novembre 1933). — Dans tous les cas d'hémorroïdes non compliquées, B. utilise la méthode sclérosante, qui lui a donné d'excellents résultats. Il est juste de reconnaître qu'il n'a recours à ce procédé que dans les cas simples. Il considère comme contre-indications à la méthode sclérosante, tous les grands prolapsus, tous les cas d'hémorroïdes thrombosées, tous les cas compliqués de fissure, tous les cas d'hémorroïdes sous-cutanées avec marisques. Dans l'ensemble, sur 150 cas, il n'a traité par cette méthode que 40 cas.

Voici résumée, en quelques mots, sa technique : il extériorise les hémorroïdes, en faisant pousser le malade, et en appliquant une ventouse de Bier, pendant une durée de 10 minutes. Il isole chaque paquet avec une petite pince et injecte, suivant la dimension, 1/2 à 1 cmc d'une solution à 70 pour 100 d'alcool pur. Cette méthode est peu douloureuse et ne nécessite que très exceptionnellement l'anesthésie.

J.-Ch. Bloch.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Müller. ***Disparition spontanée de cavernes pulmonaires d'origine tuberculeuse ou autre*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVIII, n° 2, 1933). — Un grand nombre d'auteurs ont signalé depuis longtemps la disparition relativement rapide des cavités constatées radiologiquement dans le parenchyme pulmonaire; ayant éliminé de ces faits les images circulaires non cavitaires, M. a pu retrouver plus de 300 cas dans la littérature; cette rétrocession spontanée s'accompagne de la disparition des bacilles ainsi que des signes fonctionnels et physiques. L'auteur cite à l'appui de ces faits 2 observations, et considère que le facteur important dans les conditions qui régissent cette guérison spontanée n'est pas la taille de la caverne, mais bien le stade de la tuberculose auquel elle a fait son apparition : c'est surtout à la période secondaire de Ranke que disparaissent les cavernes, moins souvent au stade tertiaire. Il ne s'agit pas là d'un fait spécial à la tuberculose, et M. rapporte 3 autres observations de guérison spontanée d'abcès cavitaires du poumon ayant succédé à des infections diverses.

G. Basch.

Hohn et **Herrmann.** ***Action de l'aldéhyde formique sur le bacille de Koch*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVIII, n° 3, 1933). — H. et H. ont procédé à la désinfection de locaux habités par des tuberculeux à l'aide de l'aldéhyde formique. Ils ont non seulement expérimenté cette méthode sur des crachats virulents, mais également à l'aide de procédés plus exacts : ils ont utilisé des fils de soie trempés dans une émulsion concentrée de bacilles de Koch, fils qu'ils laissaient sécher ensuite. Ces fils ont été les uns laissés à l'air libre, les autres placés dans divers endroits (armoires, etc...), d'autres enfin enveloppés et mis sous des couches de sable ayant jusqu'à 1 cm. et demi d'épaisseur. Cette méthode donne non seulement la sécurité vis-à-vis des germes pathogènes retranchés dans les endroits les plus inaccessibles, mais encore elle est absolument inoffensive et ne cause aucun dégât. Elle a été utilisée par les auteurs dans les sanatoria de Essen et contrôlée constamment par des essais de culture d'après les procédés les plus sensibles et en recourant aux milieux de culture les plus modernes.

G. Basch.

Katzmann, Kusniezowa et **Salkind.** ***La syphilis pulmonaire chez l'adulte*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVIII, n° 3, 1933). — K., K. et S. ont réuni 11 cas de syphilis pulmonaire, parmi lesquels 5 hommes et 6 femmes, âgés de 20 à 50 ans : la symptomatologie en est des plus imprécises; du point de vue fonctionnel, toux sans caractères spéciaux avec une expectoration variable, quatre fois des hémoptysies, une seule fois des crachats fétides; dans tous les cas, ils ont noté un état subfébrile à moins de 38°, disparaissant à la suite du traitement. L'état général était atteint; les malades amaigris, affaiblis, ont vu leurs forces reparaître après la thérapeutique spécifique. Pas de douleur thoracique, mais des maux de tête et de l'insomnie. Les signes physiques étaient aussi peu démonstratifs : signes de sclérose diffuse, respiration rude, pas de signes de foyer à localisation particulière. Dans 2 cas fut notée la coexistence de lésions laryngées, aortiques ou hépatiques. Les aspects radiologiques n'emportaient pas non plus la conviction : dans un cas, ombre ovale à la base droite; dans 2 cas, ombres périhilaires droites, etc... La coexistence de ces symptômes bâtards, d'une expectoration non bacillifère et surtout d'une réaction sérologique positive avec des commémoratifs de syphilis doivent constituer un faisceau d'arguments suffisants et doivent faire instituer un traitement (Novar, Bi et Iodure de Potassium), dont les résultats satisfaisants confirment le diagnostic.

G. Basch.

Nolte. ***Examen radiographique des poumons chez les malades atteints de tuberculose extra-pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXVIII, n° 5, 1933). — N. a retrouvé, chez 204 malades présentant des localisations extra-pulmonaires de tuberculose (manifestations oculaires, cutanées, osseuses, ganglionnaires, etc...), des anomalies pleurales ou pulmonaires radiologiquement évidentes qu'il considère comme la signature d'une tuberculose pleuro-pulmonaire hématogène; chez la plupart d'entre eux, l'examen clinique restait muet. Ces anomalies radiologiques ont été démontrées par comparaison avec 210 sujets sains et sont reproduites dans ce long article sous forme de clichés particulièrement nets et démonstratifs. N. attache une importance particulière à l'élargissement du hile, de 12 mm. 3 chez les gens sains, de 12 mm. 8 chez les malades (il s'agit bien entendu de dimensions moyennes, mais il ressort des statistiques de N. que près d'un tiers de ses malades présentait un hile dépassant 13 mm. 5). Il a noté en outre la fréquence de processus de sclérose avec attraction du hile et de la scissure interlobaire droite, des foyers disséminés consistant en ombres rondes, bien limitées, homogènes, ne dépassant pas une lentille, et moins opaques que les ganglions calcifiés; il signale encore des champs de condensation, une opacité le long de la deuxième côte. Néanmoins, lorsque ces anomalies sont bilatérales, elles perdront de ce fait une grande partie de leur signification. Se basant sur ces critériums, N. aurait reconnu la nature tuberculeuse de 5 cas d'érythème noueux, d'un cas de sarcoïdes de Boeck, et d'une maladie de Mikulicz.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Magistris. ***Isolement d'une hormone de métabolisme dans le lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 29, 21 Juillet 1933). — Cette hormone est extraite de l'hypophyse du bœuf dont le lobe antérieur est isolé et préparé à l'aide d'une technique minutieuse, détaillée par M. : son activité se manifeste, lorsqu'on l'injecte chez le lapin mâle d'un poids de 2 kilogr. environ, par l'augmentation des corps cétoniques, et spécialement de l'acide bêta-oxybutyrique; c'est en partant de cette propriété qu'on a créé une unité-lapin, qui est la quantité d'hormone minimum qu'il faut injecter à un animal (lapin mâle de 2 kilogr.) pour doubler la teneur de son sang en corps cétoniques. Cette hormone abaisse le métabolisme basal et règle le métabolisme des graisses; elle s'élimine par l'urine et son action paraît antagoniste de celle de la thyroxine ainsi que de celle de l'insuline. Le nom d'orophysine lui a été provisoirement attribué.

G. Basch.

Sicher et **Wiedmann.** ***Métabolisme des hydrates de carbone, troubles hépatiques et érythrodermie arsenicale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 33, 25 Août 1933). — On connaît depuis longtemps l'action nocive du Novarsénobenzol sur le foie : Hoffmann, ayant constaté la coexistence possible d'érythrodermie et d'ictère, avait pensé qu'il y avait un lien entre ces deux complications du traitement novarsenical. S. et W. ont cherché à étayer scientifiquement cette opinion en étudiant chez les sujets atteints d'érythrodermie arsenicale le fonctionnement hépatique; il resort de l'expérimentation à laquelle ils se sont livrés : épreuve combinée de Althausen et Mancke (étude de la glycémie après injection d'insuline et ingestion de sucre et de 1.500 gr. d'eau), étude de la glycémie après épreuve adrénalinique, que la plus importante fonction du foie, c'est-à-dire la régulation qu'il exerce sur le

métabolisme des hydrates de carbone, se trouvait lésée chez les sujets atteints d'érythrodermie arsenicale.

G. Basch.

Riehl. ***Evolution des brûlures graves dans le premier âge*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 38, 22 Septembre 1933). — R. relate 2 cas témoignant de la résistance très particulière de 2 enfants vis-à-vis de brûlures graves et étendues : le premier cas concerne un nouveau-né précipité par accident lors de l'expulsion, dans un cuveau plein de tisane de camomille brûlante, cet accident s'expliquant par l'ignorance dans laquelle la mère était et de sa grossesse et de la nature des douleurs qu'elle ressentait. Le nouveau-né, transporté à l'hôpital, survécut 8 jours malgré ses brûlures, ayant présenté entre temps de l'hypothermie, du melæna et des hématémèses (ni érosions ni ulcérations du tractus digestif à l'autopsie). Dans ce cas, on a pu noter une résistance particulière locale puisque les téguments se sont recouverts de masses brunes nécrotiques représentant pour R. une tentative d'élimination, ainsi qu'une résistance générale vis-à-vis du choc qui pourtant s'est ajouté à celui de la naissance. R. juxtapose à ce fait l'observation d'une fillette de 2 ans et demi dont les effets prirent feu et qui ne mourut qu'au bout de 42 jours, présentant un tableau de dénutrition avec cachexie, sans que l'examen anatomique du système nerveux ait présenté rien qui pût expliquer ce syndrome.

G. Basch.

Török. ***Importance de la teneur en chlore du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic précoce de la maladie de Heine-Medin*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 38, 22 Septembre 1933). — Il n'est pas de critérium sûr de la maladie de Heine-Medin que l'on puisse déduire de l'examen du liquide céphalo-rachidien : le taux de l'albumine, le nombre et la nature des cellules, les réactions humorales, la glycorachie, tous ces éléments sont variables suivant l'intensité du processus méningé. Dans 16 cas de maladie de Heine-Medin rapportés par T., la teneur en chlore s'est montrée supérieure à 0,60 pour 100, ce stigmate paraissant important pour affirmer une poliomyélite lorsqu'il coïncide avec une augmentation des cellules, une réaction de Pandy positive et une absence complète de tout micro-organisme.

G. Basch.

Csapo et Kerpel-Fronius. ***La question de l'acidose dans l'urémie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 39, 29 Septembre 1933). — Le mécanisme de l'acidose au cours des états urémiques est loin d'être éclairci. C. et K. qui ont déjà consacré des travaux à la question et constaté chez l'animal, après ligature des uretères, la présence d'acides organiques, corps auxquels ils reconnaissent une grande importance dans la genèse de l'acidose, ont poursuivi leurs recherches dans cette voie. Il ressort des 4 observations qu'ils rapportent concernant des cas de néphrite grave ou mortelle chez des enfants, observations auxquelles sont adjoints des graphiques rendant compte du taux respectif des bases, des acides organiques, de la concentration maxima de l'urine, etc..., que les acides organiques jouent dans ces états d'acidose rénale le rôle primordial. Le rôle des phosphates est moins important ; cette acidose est compensée soit par l'hypochlorémie, soit par l'augmentation des bases fixes, compensation qui épargne la réserve alcaline et retarde l'apparition du coma acidosique mortel.

G. Basch.

Fellinger et Klima. ***Les anémies dans les cirrhoses du foie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 40, 6 Octobre 1933). — Sur 48 malades atteints de cirrhose de Laennec à des stades divers, F. et K ont noté 30 cas d'anémie, soit 54 pour 100, dont 12 de forme normochrome ou légèrement hypochrome et 18 de forme hyperchrome; ce dernier type se rencontrant à la période d'état de la maladie, alors que les premiers types semblent faire partie de la phase de début. Cette anémie est bien entendu indépendante de toute hémorragie. Par ailleurs, on trouve un certain degré d'anisocytose et de poïkilocytose, la résistance globulaire est normale ; il existe un certain degré de leucopénie. Cette forme d'anémie qui semble appartenir en propre aux cirrhoses de Laennec se rapproche par ces divers caractères de l'anémie pernicieuse. Le problème pathogénique semble des plus complexes : pour Eppinger, la moelle osseuse est à incriminer, alors que pour Naegei la même cause préside à la cirrhose et à l'anémie.

G. Basch.

Lœwenstein. ***Présence de bacilles de Koch dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien de choréiques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 43, 27 Octobre 1933). — Depuis longtemps sont connus les rapports étroits qui unissent la chorée de Sydenham et le rhumatisme articulaire aigu ; partant de cette donnée, et se basant en outre sur ses recherches préalables au sujet de la présence de bacilles de Koch dans le sang de sujets atteints de maladie de Bouillaud, L. a entrepris des recherches systématiques sur 2 cas de chorée. Le premier de ces cas est celui d'une fillette de 9 ans atteinte de chorée depuis 3 mois, et traitée par le nirvanol jusqu'à guérison complète. Présence de colonies de bacilles tuberculeux typiques aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien. La deuxième observation concerne un enfant de 11 ans atteint de chorée d'intensité moyenne, à rechutes, ayant duré 4 mois et s'étant terminée par la guérison. On met en évidence le bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien mais non dans le sang.

G. Basch.

Markovits. ***L'acétylcholine dans le traitement de l'artério-sclérose*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 43, 27 Octobre 1933). — M. a utilisé pour ses essais des solutions fraîchement préparées à des doses de 5 à 15 centigr. Il s'est adressé surtout à des malades hypertendus, et a mesuré leur tension après avoir pratiqué à ces malades, successivement, des injections sous-cutanées, intra-musculaires et intra-veineuses de chlorhydrate d'acétylcholine ; il a repris la tension 5 fois dans les premières 24 heures, puis plusieurs fois dans le cours de la quinzaine suivante. Il a noté le retour presque constant, au bout d'un laps de temps variable, au chiffre tensionnel de début ; il pense que l'acétylcholine n'est pas un médicament de l'artério-sclérose, mais un antispasmodique de valeur puisqu'elle soulage les divers troubles et spasmes vasculaires des hypertendus.

G. Basch.

Skutta. ***Traitement de certaines affections locales par le vide*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 44, 3 Novembre 1933). — Parmi les nombreuses applications médicales du vide, S. signale les simples seringues grâce auxquelles on procède à l'évacuation de liquides pathologiques ou de pus, ainsi que les appareils de Dieulafoy, de Potain, et les pompes mécaniques ou électriques. Mais la méthode de Bier utilise tout spécialement la raréfaction de l'air autour de la lésion en cause qui donne lieu non seulement à une hyperémie locale, mais surtout à l'aspiration et à l'évacuation des sécrétions pathologiques. S. a tenté de généraliser la méthode de Bier, considérant qu'elle met en jeu des forces centrifuges réalisant pour les exsudats pathologiques le plus court chemin d'évacuation. Partant de cette théorie, S. a fait construire une série d'appareils dont les schémas illustrent son article, et dont les applications semblent devoir être plus chirurgicales que médicales (évacuation de collections diverses, assèchement du champ opératoire, etc...).

G. Basch.

Forschner. ***Apparition de nodules des cordes vocales chez les chanteurs à la suite de surmenage et d'infection grippale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 44, 3 Novembre 1933). — F. relate 3 observations concernant des chanteuses (soprano), ayant présenté à la convalescence d'une affection grippale des troubles de la voix. L'examen laryngoscopique montra à l'endroit d'élection, c'est-à-dire à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de la corde vocale, un nodule plus volumineux à droite qu'à gauche. Le traitement consista en injections alternées d'insuline et de calcium, mais le larynx ne redevint normal qu'après un repos vocal de deux mois. Les observations sont superposables. En conclusion de cet article, F. considère qu'il est légitime d'isoler ce syndrome : apparition de nodules sur les cordes vocales survenant chez des artistes lyriques s'étant insuffisamment soignés lors d'une grippe ou ayant subi un traitement d'amaigrissement excessif.

G. Basch.

Fellinger. ***Recherches sur la flore du gros intestin dans les anémies, particulièrement dans les anémies de Biermer*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 46, 17 Novembre 1933). — C'est à la suite des travaux de Seyderhelm que l'attention a été attirée sur la pullulation des germes intestinaux au cours des anémies de type pernicieux : à ce point de vue ont été explorés aussi bien le duodénum (à l'aide de tubage) que le grêle ainsi que le gros intestin (au moyen de diverses fistules ou par l'analyse des selles). Les races bactériennes les plus diverses ont été identifiées. F. a étudié 50 cas d'anémie pernicieuse, 9 malades atteints d'anémie post-hémorragique, 18 anémies de causes diverses, 24 cas d'achylie ou d'hypoacidité sans anémie, et 21 témoins. Il a noté les faits suivants : le colibacille se retrouve à peu près également dans tous les cas ; rien de particulier en ce qui concerne les autres aérobies ; au contraire, parmi les anaérobies la prédominance du bacille de Fränkel (perfringens), qui se retrouve d'ailleurs en petit nombre chez les témoins.

A la suite de l'hépatothérapie, on observait une diminution à peu près constante de la flore anaérobie.

G. Basch.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (New-York)

H. O. Mosenthal et C. Bolduan. ***Problèmes d'actualité concernant le diabète*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, n° 5, Novembre 1933). — La mortalité due au diabète à New-York est aujourd'hui moitié plus élevée qu'il y a 20 ans. Mais les statistiques reflètent plus la fréquence du diabète que le diabète en tant que cause de mort. L'usage de l'insuline a prolongé « l'expectation de vie » des diabétiques, si bien que, si le traitement est correctement conduit, ils ne doivent pas succomber au diabète, mais aux mêmes maladies que les sujets non diabétiques. La classification des causes de décès doit donc être revisée si l'on veut distinguer entre la fréquence du diabète et la mortalité réelle qu'il entraîne.

Quand on groupe les cas de mort chez les diabétiques de New-York suivant l'âge et en tenant compte de l'immigration juive pendant les 30 dernières années, on voit que durant cette période la

fréquence du diabète n'a pas augmenté chez les hommes, tandis qu'elle s'est accrue de 40 pour 100 chez les femmes, ce qui peut être attribué à la plus grande participation des femmes aux occupations industrielles et à ce qu'elles s'assurent beaucoup plus sur la vie, ce qui motive des examens d'urine, ensuite à l'effet fâcheux de la grossesse sur la tolérance hydrocarbonée, lequel a une plus grande tendance à se manifester actuellement qu'autrefois sous forme de diabète par suite des conditions d'âge de la population. Pour ces motifs, M. et B. croient que l'augmentation de fréquence du diabète est plus apparente que réelle à New-York.

Les statistiques montrent encore que le diabète est deux fois plus fréquent chez les femmes mariées que chez les hommes mariés, tandis qu'il n'y a pas de disproportion semblable entre les deux sexes chez les célibataires. On ne peut dire qu'il s'agit là d'un effet de la grossesse, direct ou indirect, par suite du développement de la lithiase biliaire ou de l'obésité, ou encore d'un effet de l'obésité des femmes mariées. M. et B. tendent à incriminer plutôt l'influence fâcheuse de la gestation sur la tolérance hydrocarbonée.

La prolongation de la vie des diabétiques grâce à l'insuline leur permet d'avoir des enfants; le facteur héréditaire doit donc se manifester à l'avenir par une ascension de la mortalité diabétique.

La prévention du diabète est la grande tâche qui s'impose actuellement. Pour l'aborder, il faut posséder des renseignements plus complets concernant le début du diabète aux divers âges et dans les deux sexes ainsi que des informations plus précises sur l'étiologie du diabète. Il faut en particulier étudier les différents facteurs (hérédité, ménopause, grossesse, glandes endocrines, etc.) qui interviennent dans le diabète et leur influence sur la tolérance hydrocarbonée chez l'homme. On doit instruire le public des dangers de l'obésité. La création d'échanges de vues entre les diverses cliniques du métabolisme semble hautement désirable pour faire avancer ces nombreux problèmes.

P.-L. Marie.

B. I. Ashe et **M. Bruger.** ***Le taux du cholestérol du plasma dans la néphrite et dans la rétention azotée urémique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, n° 5, Novembre 1933). — Chauffard, Laroche et Grigaut ont constaté que la cholestérolémie est généralement élevée chez les brightiques non urémiques, mais tendait à baisser avec l'augmentation de la rétention azotée, comme s'il existait un rapport inverse entre l'urée et le cholestérol. Divers travaux ont confirmé ces résultats, mais il y a quelques divergences d'opinion, certains auteurs soutenant que la cholestérolémie est d'ordinaire normale dans les néphrites quand les altérations urémiques et cardiovasculaires dominent le tableau, alors qu'elle est élevée dans les néphroses.

A. et B. ont étudié chez 24 brightiques l'azotémie et la cholestérolémie. Ils considèrent 160 milligr. pour 100 comme un taux subnormal de cholestérol, 160 à 230 milligr. comme un taux normal et regardent la cholestérolémie comme exagérée à partir de 250 milligr.

Ils ont trouvé, comme Chauffard, qu'il existe un rapport évident entre l'urée sanguine et le cholestérol du plasma; parfois ce rapport est masqué par d'autres facteurs. Ils n'ont pas mis en évidence de rapport inverse constant entre les protéines du plasma et le cholestérol.

Chez les brightiques ayant une azotémie marquée, une cholestérolémie peu élevée, au stade d'urémie, présage la mort. Dans la plupart des cas, ces chiffres bas s'observent un certain temps avant la mort; rarement on ne les note que 12 à 48 heures avant la fin. Une cholestérolémie élevée est d'un bon pronostic quant à la guérison des manifestations pré-urémiques, mais n'empêche pas que la mort puisse survenir du fait d'autres causes que l'urémie.

Il n'y a pas de rapport étroit entre le taux du cholestérol et le degré des œdèmes présentés par les brightiques.

L'hypocholestérolémie observée chez les brightiques succombant à la rétention azotée est probablement due à des facteurs accessoires tels que la cachexie et l'anémie.

P.-L. Marie.

S. R. Mettier, F. Kellogg et **J. R. Ringhart.** ***Anémie idiopathique hypochrome chronique. Rapports étiologiques entre l'anachlorhydrie et l'anémie. Effet des grosses doses de fer*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, n° 5, Novembre 1933). — Parmi les malades atteints d'anémie hypochrome chronique, on trouve un groupe de cas représenté par des femmes d'âge moyen, ayant un régime alimentaire pauvre en fer et présentant constamment de l'anachlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie. Ces faits d'observation de plus en plus fréquente ont été classés sous des noms divers: chlorose chronique, anémie microcytaire, etc.

Les fautes diététiques et l'anachlorhydrie coexistant toujours, on peut se demander si l'anémie est due à un apport insuffisant d'aliments contenant du fer ou s'il existe une anomalie de la digestion gastrique responsable de l'anémie.

M., K. et R. ont essayé de déterminer le rôle respectif de ces facteurs dans 10 cas soigneusement observés. Ils ont comparé la réponse de la moelle osseuse, exprimée par l'augmentation de l'hémoglobine et des globules rouges, à de grosses doses de citrate de fer ammoniacal (6 gr. par jour), à un régime riche en fer organique, enfin à une alimentation prédigérée *in vitro* par la pepsine et l'acide chlorhydrique.

La moelle osseuse répondit de façon rapide et intense aux fortes doses de fer minéral tandis qu'on ne constata pas d'augmentation de l'hémopoïèse à la suite du régime riche en fer alimentaire suivi pendant 2 mois. On nota néanmoins, après l'administration d'aliments prédigérés, une augmentation rapide et satisfaisante de l'hémoglobine et des hématies ainsi qu'une ébauche de réponse réticulocytaire.

On peut conclure de ces recherches que l'anémie idiopathique hypochrome chronique constitue vraisemblablement un type de maladie par carence en fer, dans lequel il existe un défaut de digestion, d'assimilation et d'utilisation du fer organique alimentaire et que l'hémopoïèse défectueuse dépend de l'anomalie du fonctionnement gastrique.

P.-L. Marie.

E. P. Joslin, L. L. Dublin et **H. M. Marks.** ***Caractéristiques et allures de la mortalité diabétique dans le monde*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, n° 6, Décembre 1933). — L'analyse des statistiques tant américaines qu'étrangères concernant la mortalité due au diabète depuis le début de ce siècle révèle les particularités suivantes:

1° La mortalité diabétique a rapidement augmenté d'importance depuis 1900 et le diabète constitue actuellement une des causes principales de mort aux Etats-Unis.

2° La mortalité diabétique dans ce pays est plus élevée que partout ailleurs.

3° Le taux de la mortalité diabétique va en s'accroissant dans le monde entier.

4° La plupart des décès dus au diabète se produisent dans la seconde moitié de la vie. La mortalité est faible chez les enfants et les adultes jeunes; elle commence à devenir importante autour de 40 ans, puis s'élève rapidement à mesure que l'âge augmente.

5° Jusqu'à 35 ans, le taux de la mortalité diffère peu dans les deux sexes, mais ensuite la mortalité devient plus forte chez les femmes; cet excès de décès féminins augmente avec l'âge et à 65 ans la mortalité diabétique est deux fois plus grande chez la femme que chez l'homme.

6° La mortalité élevée constatée aux Etats-Unis n'est pas limitée à un seul sexe, mais elle frappe aussi bien les hommes que les femmes et se rencontre à presque tous les âges passé 35 ans.

7° La mortalité diabétique parmi les noirs des Etats-Unis s'est accrue plus rapidement que chez les blancs et actuellement elle n'est guère inférieure à celle des blancs. Elle se distingue par un taux relativement plus élevé chez les adultes jeunes et vers le milieu de la vie.

8° Si l'on considère la mortalité en bloc chez les hommes au cours de ces 20 dernières années, tant aux Etats-Unis qu'en Angleterre, on constate une très légère décroissance, bien qu'il y ait une tendance ascendante dans ces dernières années. Dans la plupart des autres pays, il y a eu une augmentation modérée dans l'allure de la mortalité. Par contre, chez les femmes, on note un fort accroissement de la mortalité, tant aux Etats-Unis qu'ailleurs.

9° L'analyse des taux de mortalité suivant l'âge montre qu'il y a eu une amélioration nette chez les enfants et les adultes jeunes dans les deux sexes. Chez les hommes, cette amélioration se prolonge jusque dans le milieu de la vie et même dans la première partie de la vieillesse. Chez les femmes, cette amélioration cesse vers 50 ans et il y a une forte augmentation des taux de mortalité durant la seconde partie de l'âge moyen de la vie et dans la vieillesse.

Cette analyse montre clairement que le problème de l'accroissement de la mortalité diabétique est circonscrit. Il s'agit de combattre la maladie chez les gens âgés, et principalement chez les femmes.

En somme, la mortalité due au diabète a augmenté en dépit des grands perfectionnements apportés au traitement. Dans un prochain travail, les auteurs se proposent de rechercher les facteurs responsables de cette augmentation et ceux qui peuvent contribuer à l'enrayer.

P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL
of
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

William Benbow Thompson. ***Passage de la nicotine dans le lait du sein*** (*American journal of Obstetrics and Gynecology*, t. XXVI, n° 5, Novembre 1933). — Au cours des dernières années, l'usage de fumer s'est considérablement accru chez les femmes. Il y a quelque huit ans, B. T. estimait qu'approximativement une gestante sur 5 fumait. Actuellement 38 pour 100 fument au taux d'une cigarette « occasionnelle » à 25 cigarettes par jour, le nombre des fumeuses « occasionnelles » étant moindre que celui des habituées. Cette augmentation de fumeuses constitue soit un signe des temps, soit un témoignage de l'habileté déployée par la publicité, soit le résultat de ce que la marchandise est plus perfectionnée.

En 1927, Hatcher et Crosby ont décelé la nicotine dans le lait d'une nourrice qui fumait de 20 à 25 cigarettes par jour, et qui, avant le prélèvement, fuma 7 cigarettes en deux heures.

Emmanuel relata, en 1931 une série d'expériences sur le lait et les urines de 10 nourrices qui fumaient de 6 à 15 cigarettes en deux heures.

Benbow Thompson, dans l'étude actuelle, fit des prélèvements sur des femmes fumant au gré de leur habitude et non dans des conditions expérimentales comme H. et C. ou E. Il indique son

procédé d'extraction et son procédé de dosage biologique par inoculation à la grenouille, ce test étant plus sensible qu'une réaction chimique. Une première femme éliminait entre 0,06 et 0,24 milligrammes de nicotine par vingt-quatre heures. Quatre femmes donnèrent un résultat positif et trois un résultat douteux.

On a dit que la nicotine pouvait accélérer la croissance. Mais le fait n'est pas démontré et, étant donné sa toxicité, on peut craindre qu'elle ne soit un danger pour les nourrissons.

B. T. a tout lieu de supposer que la nicotine diminue la production lactée. Cependant, étant donné que rien ne restreint tant la production du lait que le nervosisme et étant donné que, généralement, ce sont les nerveuses qui fument, il est malaisé de tirer des conclusions certaines.

Henri Vignes.

GIORNALE MEDICO DELL'ALTO ADIGE

(Bolzano)

P. Perona et **G. Rossetto.** ***Etude radiologique de l'action de l'histamine sur l'estomac*** (*Giornale medico dell' Alto Adige*, t. V, n° 3, Mars 1933). — Après injection d'histamine chez des sujets normaux ayant ingéré un repas opaque aux rayons X, l'angle d'inclinaison de l'estomac augmente, le péristaltisme est plus énergique, les contractions se propagent plus vite le long de la grande courbure, la surface de l'estomac déterminée orthodiagraphiquement diminue et l'évacuation demande 20 à 95 minutes de moins qu'à l'état normal. Les modifications de l'angle d'inclinaison sont surtout intenses chez les normo- et les mégalo-splanchniques, la réduction de surface et l'accélération de l'évacuation chez les longilignes; le péristaltisme est pareillement influencé dans tous les cas. L'action de l'histamine est donc analogue à celle de la pilocarpine; elle s'oppose à celle de l'atropine qui est inverse; lorsqu'on injecte à quelques minutes d'intervalle de l'atropine, puis de l'histamine, l'action de celle-ci sur le tonus et l'évacuation est complètement annulée. A ne considérer que son influence sur l'estomac, l'histamine doit être tenue pour une substance autonomotrope.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA

(Milan)

E. Puxeddu et **A. Leoni.** ***Lipémie et cholestérinémie chez les hypertendus*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXIV, n° 4, Avril 1933). — Chez les hypertendus essentiels, les diverses fractions lipidiques du sang envisagées en bloc ou isolément sont presque toujours augmentées, sauf pour les savons dont les valeurs exprimées en acides gras libres sont normales; la cholestérine libre est également augmentée, ainsi que la cholestérine combinée, mais celle-ci relativement moins de sorte que le rapport de la cholestérine libre à la cholestérine totale dépasse la normale; contrairement à ce qu'on a soutenu, le rapport de la cholestérine totale aux phosphatides est normal. Les variations des lipides sont très comparables chez les hypertendus artério-scléreux et le rapport cholestérine-phosphatides est également normal; chez les hypertendus avec néphrite, la cholestérine libre est particulièrement élevée et le rapport cholestérine-phosphatides dépasse la normale. Il n'y a pas de relation nette entre les variations des lipides et de la cholestérine et le taux de l'hypertension.

Lucien Rouquès.

RIVISTA OSPEDALIERA

(Rome)

G. Cremonese. ***L'immun-métallo-thérapie*** (*Rivista Ospedaliera*, t. XXIII, n° 1, Janvier 1933). — L'immun-métallo-thérapie est basée sur les principes suivants: les sels métalliques agissent sur l'organisme et provoquent une immunité pour certaines maladies, suivant le métal utilisé; plusieurs métaux peuvent stimuler la défense organique contre une maladie déterminée, mais il n'y en a qu'un dont l'action est optima; les doses pharmacologiques usuelles dépassent de beaucoup les doses maxima à employer pour obtenir l'immunité; dans l'immun-métallo-thérapie, il y a une dose de choix qu'il ne faut pas dépasser sous peine d'annuler les effets déjà obtenus. Dans la conception *thérapeutique* de la métallo-thérapie, on veut détruire directement les microbes par le métal, l'organisme étant un champ de bataille passif; dans la conception *immunisante*, le métal stimule l'organisme, faisant de lui le défenseur contre l'activité pathogène. La conception immunitaire serait, pour C., démontrée par les recherches expérimentales de Walbaum; une première application clinique aurait été faite avec succès dans la prophylaxie et le traitement du paludisme par le mercure.

Lucien Rouquès.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

M. Gros et **E. Glanzmann.** ***Le diagnostic précoce, la clinique et la sérothérapie de la paralysie infantile épidémique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 39, 30 Septembre 1933). — Après avoir fait remarquer qu'au point de vue épidémiologique, on n'est pas d'accord sur la manière dont la maladie de Heine-Medin se transmet, G. et G. disent qu'ils ont constaté, à Berne, en 1932, une épidémie de 23 cas exclusivement d'été. Dans 3 cas où le contact entre sujet sain et sujet contagieux avait été très bref, on a pu observer une période d'incubation de 7 à 13 jours.

Parmi les symptômes généraux figurent la fièvre, la pharyngite, la toux, rarement les sueurs profuses, après quoi survient une période de latence de 1 à 6 jours pendant laquelle les enfants recommencent à aller à l'école.

Parmi les symptômes précoces d'invasion du système nerveux figure le « spine sign » qui empêche l'enfant de fléchir la colonne vertébrale et, par exemple, d'embrasser son genou et qui, de plus (signe de Amoss), l'amène à s'appuyer sur les deux coudes pour mettre la colonne vertébrale en hyperextension et en même temps pour la soulager. Enfin, il y a de la raideur de la nuque et le signe de Brudzinski ou de Flateau: dilatation des pupilles quand on fléchit passivement la tête. L'apparition brusque de la paralysie par contre est rare. Mais on constate des troubles moteurs comme des contractions musculaires, du tremblement atactique, de la sensibilité et de la douleur dans les membres qui seront plus tard paralysés. Une différence entre les réflexes des deux côtés est un signe précoce important.

La courbe de la température présente souvent deux sommets (courbe en dromadaire) qui ont été observés par G. et G. quatre fois d'une façon très nette.

Parmi les diverses formes de poliomyélite, il est distingué les cas abortifs qui ne dépassent pas le stade de l'infection générale et qui s'observent parfois d'une façon assez nette chez des sujets en contact étroit avec les malades. Il existe également des cas abortifs avec invasion du système nerveux, mais sans paralysie, des formes abortives encéphaliques, choréiques, atactiques, cérébelleuses. A propos de la forme méningitique, G. et G. rappellent qu'ils ont observé 2 cas de méningite aseptique purulente dont ils ne croient pas qu'on puisse dire, avec certitude, qu'il s'agit de poliomyélite.

Il a été observé également des formes névritiques, des méningites ayant donné lieu à des paralysies rapidement progressives sans période de latence et enfin des cas foudroyants évoluant sous forme de paralysie de Landry ou de septicémie avec paralysie des vasomoteurs.

La ponction lombaire ne doit pas être faite sans indication nette telle que la raideur de la nuque avec céphalée, fièvre, vomissements, signe de Amoss, irritation des cornes antérieures, tremblement, etc.

Les anomalies du liquide céphalo-rachidien constatées sont l'augmentation des protéines (50 à 80 milligr.), taux normal du sucre, augmentation du nombre des cellules (50 à 100) et absence de germes. Au point de vue du diagnostic différentiel, G. et G. montrent les difficultés parfois insurmontables qu'il y a à distinguer la poliomyélite de la méningite tuberculeuse ou syphilitique, des méningites purulentes, de l'encéphalite épidémique, etc.

Au point de vue sérothérapie, ils remarquent que la thérapeutique avec le sérum de convalescent repose sur des fondements expérimentaux assez étroits puisque ceux-ci exigent que l'injection soit faite 4 ou 5 jours avant l'apparition des premiers symptômes, ce qui, chez l'enfant, est absolument impossible.

Quoi qu'il en soit, sur la totalité de leurs malades, il en est 13 qui ont été traités avec le sérum (6 avec le sérum de Pettit, 1 avec le sérum de convalescent et 6 avec les deux sérums). Dans quelques cas, l'injection, qui a été faite par voie intra-lombaire en même temps que par voie intramusculaire, a provoqué une aggravation de quelques heures suivie d'une amélioration de tous les symptômes. Néanmoins, dans les formes foudroyantes, cette thérapeutique est inefficace. Parmi les malades non traités avec le sérum, il en est 3 qui sont morts mais ils étaient arrivés dans un état absolument désespéré. Ainsi, le sérum ne semble pas donner de résultats meilleurs que les autres méthodes, manière de voir qui est identique à celle de McNeal. D'ailleurs, les résultats donnés par le sérum de Rosenow montrent qu'il s'agit peut-être d'une action non spécifique. En tous cas, ce qui pour G. et G. leur donne les meilleurs résultats, c'est le massage suédois patient et les tentatives persistantes de mouvements actifs. Il semble que, chez les enfants, une rééducation puisse amener une transformation du tissu nerveux telle que certains neurones détruits ou altérés se trouvent remplacés par des neurones restés sains.

P.-E. Morhardt.

John de Puoz. ***Lésions tissulaires d'origine chimique et plus spécialement nécroses dues aux crayons à encre, leur signification clinique et médico-légale*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 44, 4 Novembre 1933). — P. a étudié plus spécialement les 33 cas de plaies par crayons à encre venus à la connaissance de l'Assurance suisse contre les accidents. Ces cas ont été observés entre 1920 et 1932. Dans 17 cas, il s'est agi de plaies des doigts ou de la main; dans 7 cas de plaies de la conjonctive et dans 6 cas de plaies de la cornée. En outre, P. donne l'observation d'un malade de 32 ans manifestement schizoïde qui s'est introduit dans l'urètre un crayon de 13 cm. pour éviter des éjaculations spontanées. L'ablation du corps étranger a nécessité une urétrotomie externe. Néanmoins, les jours suivants, il survint de l'hématurie qu'on n'arriva que très péniblement à juguler et qui s'accompagna d'élévation de température. La cystoscopie n'a pas permis de déceler la source immédiate de cette hématurie. La guérison complète est survenue.

L'agent nocif avec toutes les espèces de crayons à encre est dû à la couleur d'aniline qui peut appartenir à deux groupes: à la série du triphénylméthane ou du diphénylméthane (violet de gentiane, fuchsine, auramine, violet de méthyle) et à la diphénylamine à laquelle appartient le bleu de méthylène. Les lésions sont d'autant plus graves que la substance est plus alcaline.

La réaction provoquée est d'abord générale: céphalée, inappétence, élévation de la température, etc. Parmi les symptômes locaux, on constate une diffusion de la substance colorante avec nécrose progressive. Les lésions sont particulièrement graves au niveau de la conjonctive.

Au point de vue anatomo-pathologique, on constate d'abord l'apparition d'une sorte de kyste où la mine du crayon se dissout, puis la diffusion de la substance colorante qui se répand provoque des thromboses vasculaires et arrive ainsi à gagner de proche en proche.

Malgré la longue durée des lésions provoquées par ces crayons, on ne constate pas d'infection. Ces substances colorantes agiraient donc également sur les microorganismes.

L'auteur termine en constatant que le traitement opératoire procure la guérison en 31 jours en moyenne tandis que le procédé conservateur exige 45 jours. P.-E. Morhardt.

Hans Fuchs. ***Ictère grave des nouveau-nés avec examen particulier de l'ictère grave infectieux des nouveau-nés*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 44, 4 Novembre 1933). — Dans ce travail, F. cherche à montrer que l'ictère grave des nouveau-nés apparaît sous deux formes, l'une infectieuse et l'autre familiale, qui ne se distinguent que par quelques caractères.

F. donne d'abord l'observation d'un cas d'ictère grave familial qui est apparu chez un enfant au 2e jour après la naissance. Cet enfant présentait un taux élevé de bilirubine dans le sang et une diminution précoce des érythrocytes et de l'hémoglobine. En outre, l'anamnèse familiale est significative: cet enfant a eu 5 frères et sœurs dont 2 sont morts d'ictère ou des suites de l'ictère grave, l'un à 9 mois et l'autre à 16 jours.

A propos d'ictère grave infectieux des nouveau-nés, F. donne quatre observations concernant des enfants qui, au cours des trois premiers jours après la naissance, ont présenté de l'ictère grave et chez lesquels on a constaté l'existence soit pendant la vie, soit à l'autopsie, d'un processus infectieux toxique. Dans 3 de ces cas, le point de départ de l'infection était représenté par l'ombilic. Chez ces 4 enfants, il a été constaté des spasmes ou des convulsions des muscles des extrémités, phénomènes qui doivent être considérés comme l'expression d'une lésion cérébrale. Ces enfants sont apathiques, tettent mal et sont tous morts à l'exception d'un seul, au cours de la seconde semaine. Dans tous ces cas, les selles étaient colorées par la bile et l'urine présentait de la bilirubine dans 3 cas. Dans le sang, on n'a pas constaté d'érythroblastose, ce qui exclut l'ictère grave familial pour deux de ces cas où il s'agissait de frère et sœur.

Dans deux de ces cas, on a constaté l'identité de la flore bactérienne vaginale de la mère et celle du pus du cordon chez l'enfant. Dans le quatrième cas, on constate beaucoup de symptômes de l'ictère familial des nouveau-nés, de sorte que l'existence d'une infection est le seul signe qui oblige à ranger ce cas avec les autres. D'ailleurs, d'une façon générale, qu'il s'agisse d'ictère familial ou infectieux, les tableaux cliniques sont très semblables, de sorte qu'il faut étudier les petits malades à fond pour arriver à faire un diagnostic différentiel.

L'ictère grave des nouveau-nés peut se manifester sous une forme qui n'est ni familiale ni infectieuse. Il pourrait peut-être s'agir, selon la conception de Pfannenstiel, d'une incapacité de l'enfant à vivre de la vie extrautérine.

P.-E. Morhardt.

Ernst Jokl. ***Syndrome fonctionnel dans le sport*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 49, 9 Décembre 1933). — J. décrit d'abord ce qu'il appelle la maladie du sport qui survient après un temps de latence de quelques minutes notamment à la fin d'une course de plus de 400 mètres. Cet état est caractérisé par des vomissements violents, de la céphalée, des sueurs profuses, etc. Ces phénomènes disparaissent rapidement et n'empêchent pas de prendre part, souvent avec succès, à d'autres épreuves sportives. Il s'agit là d'un syndrome nerveux survenant chez des sujets dont le système végétatif est labile.

Le syndrome aigu de l'épigastre rappelle l'expérience de Goltz et survient souvent chez les boxeurs. Dans quelques cas, il a été constaté un arrêt vrai de la respiration. Dans 2 cas, J. a observé une perte brusque du tonus musculaire. Dans un cas où un adolescent de 16 ans avait reçu à l'épigastre une masse de fer de 7 kilogr., il est apparu un facies abdominal, des vomissements et un état général très menaçant qui ont fait croire à la nécessité d'une laparotomie. Mais en 24 heures tout a disparu définitivement.

On observe, en outre, au cours de compétitions sportives, une perte de conscience non traumatique. Par exemple, après une épreuve de canotage où il avait fourni un gros effort, un jeune homme de 20 ans tombe à l'eau inconscient et on a beaucoup de peine à le ramener sur le rivage. A ce sujet, J. rappelle que pendant le travail le pouls s'accélère et la pression augmente. Mais si l'effort est poursuivi trop longtemps, il survient un abaissement de la pression et un ralentissement du pouls accompagnés de collapsus. D'ailleurs, chez les athlètes très entraînés, on observe fréquemment une tendance accentuée au collapsus qu'on doit expliquer par un état vagotonique provoqué précisément par l'entraînement. J. a eu l'occasion d'observer ce fait chez deux joueurs de hockey sur glace et chez deux skieurs. Il décrit encore des états crépusculaires survenus l'un chez un boxeur à la suite d'un coup sur la tête et caractérisé par une désorientation, une amnésie et une bradycinésie qui durèrent quelques heures. Un syndrome du même genre a été observé également chez un joueur de foot-ball. Dans les 2 cas, le syndrome n'est apparu qu'après cessation du match.

Enfin, J. rappelle un cas de mort survenue au cours d'un match de foot-ball chez un joueur qui ne semblait pas avoir été maltraité et qui, à l'autopsie, présentait une déchirure du ventricule droit, de nombreuses régions de sclérose du myocarde et une endartérite oblitérante ainsi qu'un estomac plein d'aliments.

P.-E. Morhardt.

O. Naegeli. ***Observations sur le grisonnement des cheveux en considération des conceptions théoriques actuellement régnantes*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIII, n° 51, 23 Décembre 1933). — Dans le grisonnement des cheveux on doit distinguer entre ce qui se passe pour l'ensemble de la chevelure et ce qui se passe pour un seul cheveu. Le fait que les cheveux blanchissent brusquement ou en quelques semaines à la suite d'une émotion est extrêmement discuté. En ce qui concerne les cheveux isolés, par contre, les processus de dépigmentation, une fois qu'ils ont commencé, se produisent très rapidement, en quelques semaines, parfois même plus vite. Au début du grisonnement, les cheveux blancs se trouvent d'ailleurs entourés de cheveux à pigmentation tout à fait normale. Quand la canitie est marquée, on a parfois cependant l'impression que la teinte générale de la chevelure a pâli. Mais un examen attentif ne confirme pas toujours cette opinion.

Si on recherche des cheveux partiellement dépigmentés, on a beaucoup de peine à en trouver. N. n'en a pas rencontré un sur 50. Cependant, le fait est observé. La barbe et la moustache en présentent dont la partie distale est encore pigmentée tandis que la partie basale a blanchi. Pour les cheveux, c'est le contraire: la pointe blanchit la première. Parfois même, mais beaucoup plus rarement, on rencontre des cheveux pigmentés dont une section intermédiaire est blanche.

Une fois qu'un cheveu a commencé à blanchir par la pointe, la dépigmentation progresse de un centimètre en 2 jours comme Michaïloff a pu le démontrer à N. Il ne saurait d'ailleurs s'agir de phagocytose. On a également admis que la formation du pigment a lieu soit dans la racine du poil, soit au contraire à la pointe du fait des mélanoblastes mésodermiques. Mais Bloch a montré, en utilisant la réaction de la dopa, que le cheveu pigmenté est remplacé par un cheveu blanc. Bloch admet également comme possible que le passage du pigment du bulbe pilaire dans les chromatophores de la papille puisse jouer un rôle.

Mais les recherches de N. montrent qu'au cours du grisonnement le pigment doit subir des modifications à l'intérieur du cheveu. Cette notion est démontrée d'abord par le fait que les cheveux blanchissent beaucoup plus rapidement qu'ils ne croissent même si on admet, avec Scheiu, que les premiers poils ou cheveux dépigmentés croissent plus vite que les autres. En tous cas, les cheveux blancs ne peuvent croître assez vite pour donner lieu à ces canities qui semblent s'installer en quelques semaines.

Le fait que des cheveux puissent blanchir d'abord à partir de la pointe en progressant vers la base montre également qu'on ne saurait expliquer ces phénomènes par la cessation de la production du pigment. En outre, l'apparition d'un cheveu blanc unique au milieu de cheveux normalement pigmentés ne s'explique pas non plus par l'hypothèse d'une oxydase qui manquerait pour un seul cheveu et serait présente pour tous ses voisins. En somme, à côté d'un grisonnement dû au fait qu'il ne se forme plus de pigment dans le bulbe, il en existe certainement un autre dans lequel le pigment se détruit à l'intérieur d'un cheveu normal.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

J. Hofstein (Strasbourg). ***Action de l'insuline sur la sécrétion gastrique*** (*Archives des Maladies de l'appareil digestif et des Maladies de la nutrition*, t. XXIII, n° 8, Octobre 1933). — L'action de l'insuline sur la sécrétion gastrique a été jugée de façon assez contradictoire : nulle pour les uns, stimulante pour les autres. Si bien que H. a étudié cette action par la méthode des tubages fractionnés.

Il a constaté que l'insuline produit la sensation de faim et des modifications de la sécrétion gastrique, caractérisées par l'accroissement rapide de l'acidité gastrique et l'augmentation de la quantité du suc sécrété.

Le mécanisme de l'action de l'insuline paraît essentiellement lié à l'hypoglycémie.

J. Okinczyc.

L. Deloyers (Bruxelles). ***Le traitement des ulcères gastro-duodénaux humains (Bases expérimentales et cliniques).*** [*Archives des Maladies de l'appareil digestif et des Maladies de la nutrition*, t. XXIII, n° 9, Novembre 1933]. — Cet important travail part des données expérimentales et cliniques, accumulées depuis plusieurs années, dont D. fait une analyse détaillée et judicieuse, estimant que tout n'est pas à rejeter au profit de telle ou telle théorie.

C'est ainsi que le problème actuel de la thérapeutique est toujours ramené à la définition du ou des moyens permettant de diminuer de façon permanente le taux de la chlorhydrie gastrique.

Il y a donc lieu de préciser les territoires qui élaborent l'acide chlorhydrique et les mécanismes mis en œuvre par l'organisme pour le former, et l'on peut résumer ainsi nos connaissances actuelles : l'acide chlorhydrique est élaboré uniquement au niveau du fundus par un mécanisme intime qui n'est pas encore définitivement établi.

L'activité sécrétoire de l'estomac est éveillée par des phénomènes psychiques qui empruntent la voie des pneumogastriques. Ceux-ci exercent un tonus sécrétoire permanent sur la muqueuse gastrique.

Le contact des aliments avec la muqueuse du fundus entraîne une sécrétion intense ; le contact des aliments au niveau de la muqueuse intestinale stimule également la sécrétion gastrique. Certains admettent que le taux d'acidité gastrique est physiologiquement réglé par la mise en œuvre du reflux duodénal.

Partant de ces données, D. étudie les interventions préconisées en thérapeutique chirurgicale de l'ulcus, et compare l'acidité gastrique dans chacun des cas, gastro-entérostomie et gastrectomie.

Or pour la gastro-entérostomie, quels que soient les bénéfices immédiats tirés de l'intervention, l'avenir du chimisme gastrique reste conditionné par une série de facteurs sur lesquels la gastro-entérostomie n'a pu agir et auquel elle ne s'est du reste par adressée.

Pour la gastrectomie, les recherches personnelles de D. lui ont montré que la résection *étendue* de l'estomac ne constitue pas en soi une manœuvre diminuant de façon permanente le taux de l'acidité gastrique.

La diminution de l'acidité ne peut être atteinte que si l'on réalise une *large bouche* d'anastomose avec l'intestin.

La conclusion c'est qu'il faut avoir recours à la résection réduite, à l'ablation de l'ulcère et des régions atteintes par la gastrite. Il n'y a aucun intérêt à ce qu'elle soit exagérément étendue. Elle doit être complétée par une bouche d'anastomose large.

J. Okinczyc.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

E. Bass. ***Corrélation entre l'image clinique du saturnisme et la teneur en plomb du sang et de l'urine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 44, 3 Novembre 1933). — La mise au point nouvelle d'une méthode analytique précise utilisant un procédé électrolytique et colorimétrique (Schmidt) pour mesurer la teneur en plomb des urines et du sang a permis cette étude. Le taux plombique aurait une importance pratique diagnostique pour le saturnisme ainsi que pour la solution de certains problèmes cliniques et médico-légaux.

Quelques observations de sujets saturnins mettent en évidence la corrélation des symptômes cliniques et de l'élimination sanguine et urinaire du toxique.

G. Dreyfus-Sée.

W. Voigt. ***Contribution à l'étude de la régulation hypophysaire de la fonction rénale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 45, 10 Novembre 1933). — Le rôle indiscuté de l'hypophyse sur les échanges aqueux a amené à poser l'hypothèse de son action régulatrice par voie humorale sur les fonctions rénales. Les expériences physiologiques de même que les observations cliniques montrent qu'il y a des troubles fonctionnels rénaux et extra-rénaux intimement associés pour produire les altérations du métabolisme aqueux. C'est le problème rénal qu'aborde V. en faisant subir à 3 malades acromégales une épreuve de Volhard et en recherchant l'influence sur leur concentration uréique et ammoniacale des injections de 2 cmc de rétropituitrine. Chez ces malades dont le rein était indemne, on nota un retard de l'élimination aqueuse et uréique et des troubles de la constitution de l'ammoniaque. Il semble, d'après ces résultats, que l'hypophyse ait pu créer des troubles fonctionnels rénaux. Cette altération des fonctions rénales déterminée par une lésion diffuse hypophysaire (acromégalie) plaide en faveur du rôle normalement régulateur de la glande pituitaire.

G. Dreyfus-Sée.

Hans Storz. ***Les dispositions constitutionnelles favorisant thromboses et embolies*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 45, 10 Novembre 1933). — Les sujets ayant présenté antérieurement une thrombose ou une embolie ont un sérum sanguin colloïdalement anormal, avec teneur diminuée en globuline, raccourcissement du temps de coagulation, ralentissement de la vitesse de sédimentation globulaire.

Ces phénomènes constamment retrouvés ont permis d'affirmer que ces sujets présentaient une disposition constitutionnelle à la formation d'embolie et de thromboses, caractérisée biologiquement par ces altérations colloïdales sanguines.

En outre, le terrain constitutionnel comporte quelques autres facteurs : tout d'abord, altération du tonus végétatif, avec phénomènes d'arythmie respiratoire, de dermographisme, lymphocytose et éosinophilie. D'ailleurs, l'adrénaline excitant le sympathique amène chez ces sujets une augmentation de la globulie, un ralentissement de la coagulation, une accélération de la sédimentation démontrant que l'état colloïdal du sérum sanguin est réglé par le système végétatif ; les troubles présentés par les anciens emboliques ou thrombosiques sont donc du type de ceux qu'entraîne expérimentalement l'excitation du vague.

Ainsi, il existe un parallélisme entre l'état colloïdal du sang et une labilité végétative permettant de rattacher la formation d'embolies et de thromboses à un état constitutionnel particulier caractérisé par une hypervagotonie.

Objectivement, il est possible de déceler cet état par l'étude de ses éléments sanguins, et en pratique la simple recherche de la sédimentation sanguine fournirait une certitude suffisante et serait donc capitale en temps que recherche préopératoire.

G. Dreyfus-Sée.

W. Kühnau. ***Le traitement de l'anémie pernicieuse par le suc duodénal*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 45, 10 Novembre 1933). — Se basant sur quelques notions qu'il expose brièvement, K. a expérimenté ce traitement de la façon suivante :

Chez des sujets bien portants, une sonde duodénale est introduite et permet de ramener 40 à 200 cmc de suc duodénal. A l'aide d'une sonde fine, cette quantité de suc est versée dans l'estomac du malade puis on injecte par la même sonde 5 cmc d'acide chlorhydrique dilué et 2 cuillerées à café de dextrose dans 200 cmc d'eau.

Ce traitement ne fut essayé que chez des malades réfractaires à l'hépatothérapie et présentant des anémies pernicieuses particulièrement graves.

Deux observations détaillées de ces malades sont relatées par K. Deux autres ont été traités également. Les résultats sont encourageants et doivent faire poursuivre ces essais, 3 injections par semaine au début, puis 1 par semaine après amélioration paraissent constituer la posologie de choix, la thérapeutique pouvant être utilisée après échec des autres méthodes du traitement de l'anémie pernicieuse et même dans des cas en apparence très rebelles.

G. Dreyfus-Sée.

R. Spiegler. ***La thérapeutique folliculaire intraveineuse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 46, 17 Novembre 1933). — L'injection intraveineuse de folliculine a fourni des résultats satisfaisants dans un grand nombre de cas d'hémorragies consécutives à des phénomènes de congestion annexielle ; chez quelques malades, le prolan réussit à amener une amélioration passagère alors que la folliculine avait échoué.

L'étude plus précise de ces observations montrerait que la folliculine n'est active que lorsqu'il existe à l'origine des hémorragies génitales un processus inflammatoire annexiel, alors que son échec est certain dans les métrorragies d'étiologie différente. Pour celles-là, le prolan pourrait être essayé.

La faible quantité de médicament utile (1 cmc, soit 100 unités) permet d'interpréter son action comme déterminant une modification brusque de l'équilibre hormonique.

La rapide action favorable de cette thérapeutique et sa simplicité permettent de la préconiser, soit isolément, soit associée à des injections intramusculaires de sistomensine qui en accroîtraient l'efficacité.

G. Dreyfus-Sée.

K. Hœsch. ***Une forme spéciale d'amylose rénale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 47, 24 Novembre 1933). — La malade, une actrice de 53 ans, souffrait depuis une dizaine d'années de douleurs dorsales et présentait de temps à autre de l'œdème des membres inférieurs.

Lors de son hospitalisation, les examens cliniques révélèrent une amylose rénale et après le décès, survenu 24 heures après, les recherches anatomo-pathologiques confirmèrent son existence.

3 faits spéciaux caractérisent cette observation:

1° Une augmentation considérable des cristaux de cholestérine libre.

2° Une augmentation des graisses totales.

3° Une diminution relative de la lécithine.

Les résultats histo-chimiques plaident en faveur d'une amylose ayant succédé à une néphrite chronique hydropigène.

La surcharge cholestérinée du rein amyloïde paraît résulter d'une désintégration cellulaire intense. Enfin, les troubles du métabolisme des graisses dans le rein méritent d'être signalés.

G. Dreyfus-Sée.

C. Bruhns. ***Causes et traitement des alopécies*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 47, 24 Novembre 1933 et n° 48, 1er Décembre 1933). — 1° *Les causes.* Elles se répartissent en 2 groupes essentiels: celles qui provoquent des alopécies diffuses ou circonscrites sans lésion cicatricielle du cuir chevelu, et celles qui déterminent des altérations atrophiques ou cicatricielles.

Les principales causes sont: l'*alopecia pityrodes* ou *pityriasis capitis* amenant chez les hommes plus ou moins rapidement une calvitie accentuée. Nombre de recherches faites pour en trouver l'étiologie sont demeurées infructueuses.

On peut en rapprocher l'alopécie prématurée, ou simple, ou présénile dans le déterminisme de laquelle l'hérédité joue un rôle capital. La calvitie sénile n'en diffère en rien, sauf par sa date d'apparition; les alopécies diffuses succédant aux maladies aiguës fébriles sont diffuses et non cicatricielles. Il en est de même des alopécies syphilitiques secondaires. Au sujet des « alopecia areata » (pelade), la question des alopécies d'origine nerveuse s'est posée, le rôle du système nerveux sur le développement capillaire demeurant obscur.

A signaler aussi l'*alopecia parvimaculata* épidémique à microspories, les pseudo-pelades et la folliculite décalvante.

2° *Les traitements.* — Après avoir rapidement envisagé les traitements internes, rarement pathogéniques, plus souvent toniques généraux, B. passe en revue une série de médications externes, locales, dont le nombre atteste d'ailleurs l'irrégularité d'efficacité.

G. Dreyfus-Sée.

E. Jœpchen. ***Sérothérapie antiscarlatineuse intraveineuse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 48, 1er Décembre 1933). — Les statistiques de Friedemann, grand propagandiste de la généralisation de la sérothérapie de la scarlatine, ne portent que sur peu de malades chez lesquels il aurait obtenu une atténuation des complications et une diminution de leur nombre.

J. a repris cette étude chez 100 enfants traités par du sérum anti-scarlatineux intraveineux et les a comparés avec 20 ayant reçu du sérum de cheval simple, et 100 traités sans sérothérapie. Le sérum anti-scarlatineux concentré de Behring a été utilisé chez un sur 2 des malades entrant pour scarlatine à la dose de 4 à 10 cmc. Seuls, les sujets entrés avant le 5e jour de maladie et exempts d'infections associées furent ainsi traités.

42 d'entre eux guérirent sans complication.

58 offrirent des complications: 5 rhinites légères la 3e semaine.

23 adénopathies dont 2 avec suppuration, 1 abcès amygdalien, 3 rhumatismes scarlatins, 2 néphrites précoces légères, 11 otites, 13 complications multiples associées.

Sur les 100 malades non traités par sérothérapie, 58 ont guéri sans complications. Les complications observées dans les 42 cas sont comparables à celles du premier groupe.

Enfin, 20 enfants ont reçu du sérum équin. 6 d'entre eux ont guéri sans incidents.

L'examen des observations montre une atténuation des signes cliniques de la scarlatine sous l'influence du sérum: exanthème plus vite effacé, chute fébrile précoce, état général meilleur, absence d'intoxication grave. Les accidents sériques ont été rares et J. attribue ce fait à la faible quantité de sérum injectée intraveineux, grâce à la concentration élevée du produit; les injections intra-musculaires abondantes pratiquées initialement avaient provoqué des accidents sériques importants.

Mais, par contre, les résultats observés par J. cadrent avec les nombreuses publications françaises et se trouvent en désaccord avec Friedemann, en ce qui concerne l'absence d'action prophylactique ou curative sur les complications.

L'utilisation du sérum anti-scarlatineux doit donc être réservée aux formes graves et toxiques et être pratiquée dans ces cas aussi précocement que possible.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Oluf Thomsen. ***Remarques sur l'épreuve préalable dans le choix de donneur pour la transfusion sanguine*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 46, 18 Novembre 1933). — Après avoir montré que dans les phénomènes d'incompatibilité entre donneur et receveur c'est l'hémolyse spécifique bien plus que l'agglutination qui joue un rôle, T. montre que les agglutinines et les hémolysines ne peuvent pas être considérées comme une même substance. D'abord, chez le nourrisson le pouvoir hémolytique est beaucoup plus élevé tandis que le titre d'agglutination est beaucoup plus faible que chez la mère. Cet auteur arrive ainsi à considérer que l'agglutinine est composée de diverses fractions dont une ou plusieurs auraient simultanément un pouvoir hémolytique.

La transfusion est bien tolérée d'ailleurs, quel que soit le groupe, dans une proportion de cas qu'on peut évaluer aux deux tiers. Dans le tiers restant les lysines sont peu actives, de sorte que finalement il n'y a vraiment à craindre un événement grave que dans 20 pour 100 des cas. Mais cependant, une transfusion ne doit être entreprise, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, que lorsqu'il a été vérifié que le donneur est vraiment approprié. Pour cela, la détermination du groupe est une méthode excellente si le médecin en possède la technique d'une façon impeccable. A défaut de ce moyen, T. propose la technique grâce à laquelle toute erreur peut être pratiquement exclue.

Il est recueilli chez le receveur 1 ou 2 cmc de sang avec un instrument bien exempt d'eau, d'alcool ou d'éther. On fait coaguler et on centrifuge de manière à obtenir un sérum tout à fait débarrassé d'hémoglobine. Dans un premier microtube à réaction, on met VI gouttes et, dans l'autre, II gouttes de sérum, additionnées de VI gouttes d'eau salée. On ajoute ensuite aux deux tubes une goutte de suspension de sang du donneur, suspension préparée en ajoutant II gouttes de sang à X gouttes d'eau salée. Le premier tube est porté autant que possible à une température de 30° ou 38°, mais pas davantage. Le second tube est examiné entre lame et lamelle au point de vue agglutination. Si dans le premier tube, on constate que l'hémolyse survient entre 15 et 30 minutes, le sang du donneur est inutilisable. S'il n'y a pas d'hémolyse, le sang du donneur, même s'il y a incompatibilité de groupe, ne risque guère de provoquer un accident et peut être utilisé lorsque les événements pressent. On aura seulement alors soin de procéder à une injection lente, de cesser si des symptômes apparaissent et de stimuler le malade.

Si le temps le permet, on examinera également le second tube où en général on ne constate pas d'hémolyse. Par contre, s'il y a agglutination, la transfusion devra si possible être retardée pour chercher un donneur mieux approprié. Si, dans le premier tube, il n'y a pas d'hémolyse et dans le second pas d'agglutination, c'est que le sang du donneur est du même type que celui du malade ou qu'il appartient au type du donneur universel.

Si on dispose de plus de temps encore, on pourra faire une épreuve réciproque.

Voici le tableau dressé par T.; l'intérêt n'en échappera pas:

Numéros	Sérum du malade + sang du donneur		Sérum du donneur + sang du malade	
	Tube n° 1	Tube n° 2	Tube n° 1	Tube n° 2
1. .	+	(N'est utilisable dans aucune circonstance.)		
2. .	—	+	+	
3. .	—	+	—	+
4. .	—	+	—	—
5. .	—	—	+	
6. .	—	—	—	+
7. .	—	—	—	—

+ signifie hémolyse dans le tube n° 1.
+ signifie agglutination dans le tube n° 2.
N° 1: combinaison absolument inutilisable.
Nos 2 et 3: combinaisons utilisables en cas de danger extrême. On préférera cependant la combinaison n° 3.
N° 4: combinaison utilisable en cas de grand danger.
Nos 5 et 6: utilisables dans les cas ou du sang de même groupe n'est pas disponible, le n° 6 méritant la préférence.
N° 7: combinaison idéale.

Dans tous les cas, il sera avantageux de procéder à des épreuves de ce genre, car on obtient un plus grand degré de sûreté en ayant recours à l'hémolyse. Cette méthode, en effet, prévient des erreurs qui peuvent survenir au cours de la détermination du groupe et avoir des conséquences néfastes.

P.-E. Morhardt.

Werner Gneiting. ***Les échanges intermédiaires d'hydrates de carbone, d'albumine et de graisse en relation avec les fonctions hépatiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 46, 18 Novembre 1933). — On a souvent constaté qu'un foie malade peut présenter un trouble sélectif pour une fonction métabolique particulière. Aussi a-t-on cherché, dans certains cas, à étudier successivement et indépendamment chacune de ces diverses fonctions. Mais cette manière de faire représente, en même temps qu'une fatigue pour le malade, un gros travail. Il serait donc utile d'arriver à une épreuve simultanée de ces diverses fonctions. A ce sujet, G. remarque que la plupart de ces épreuves, aussi bien celle qui concerne les protéines que celle qui concerne les hydrates de carbone, provoque ou accentue l'urobilinurie.

G. a été ainsi amené à procéder aux trois groupes d'épreuves, celle des hydrates de carbone selon la méthode de R. Bauer, celle des protéines

selon la méthode de Mancke et celle des graisses (lipémie après administration de 100 gr. de beurre). Chacune de ces trois méthodes a été utilisée séparément ou en association.

Isolément, ces méthodes ont donné des résultats connus. En association (galactose+glycocolle) on a constaté, chez des sujets sains, que le sucre du sang augmente moins sans que le retour à la normale soit retardé. Le même fait s'observe dans beaucoup de maladies du foie. Mais dans les cas sévères, au contraire, l'élimination de galactose et l'augmentation du sucre du sang sont plus marquées. Il semble par ailleurs, que cette double épreuve améliore l'utilisation des protéines en cas d'hépatopathie.

En recourant à une épreuve triple (galactose-gélatine-graisse), on n'a pas constaté de différences essentielles ou alors simplement des différences qui pouvaient être conditionnées par une diminution de la résorption. D'autre part, après l'épreuve au glycocolle ou après l'épreuve à la graisse, il n'a pas été constaté de modifications importantes du sucre du sang.

P.-E. Morhardt.

August Meyer. ***Influence de l'alcool sur l'apparition de l'avitaminose B*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 46, 18 Novembre 1933). — Le fait que la pellagre sporadique s'observe souvent chez les alcooliques a amené M. à se demander si l'alcool n'exagérait pas l'élimination de vitamine B. Il a pour cela procédé à une série d'expériences chez des rats alimentés avec un régime d'abord dépourvu de vitamine B. Pour une partie de ces rats, le régime était additionné de 20 pour 100 d'alcool. Ces animaux commencèrent par perdre du poids et, au bout de quelques jours, on leur donna, pendant six jours, de la levure sèche, puis on revint au régime sans vitamine.

On constata ainsi que les animaux traités par l'alcool mangeaient moins, ce qui donne à penser que l'alcool leur fournissait un certain nombre de calories. Les symptômes d'avitaminose apparurent d'ailleurs plus vite chez les animaux qui n'avaient pas d'alcool. Il semble donc que l'alcool ne favorise pas l'élimination de cette vitamine, mais, tout au contraire, ménage les réserves. De plus, les rats qui n'avaient pas d'alcool se sont remis moins vite que les autres sous l'influence de la levure.

P.-E. Morhardt.

Paul Sunder-Plassmann. ***Régulation circulatoire physico-nerveuse et sa signification clinique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 47, 25 Novembre 1933). — S.-P. expose les recherches auxquelles il a procédé sur les éléments nerveux du réflexe du sinus carotidien. Il a ainsi constaté l'existence d'appareils nerveux hautement différenciés comme il ne s'en retrouve pas ailleurs dans l'organisme. Ces appareils auxquels il donne le nom de « champs récepteurs neuro-végétatifs » présentent cinq types différents. Le plus fréquent de ces dispositifs provient d'une fibre à revêtement de myéline extraordinairement épais. Il se termine par un réticulum à la limite de la visibilité qui se continue sans interruption avec le plasma du tissu environnant. Ces appareils se trouvent dans la couche élastique externe du sinus carotidien. Comme à ce niveau la tunique moyenne est réduite, l'appareil nerveux du sinus est particulièrement bien exposé pour apprécier l'énergie de l'onde sanguine envoyée par la systole cardiaque.

Les autres types de champs récepteurs diffèrent du premier, d'abord par l'étendue de la surface qu'ils intéressent ou bien encore par la présence de territoires en vrille (Schlingenterritorien), dans lesquels on trouve de grosses cellules probablement nerveuses entourées d'une façon particulière par des fibres nerveuses. Dans un autre type, il apparaît des récepteurs dont la structure rappelle celle des corpuscules du tact de Meissner.

Les cellules ganglionnaires sympathiques qui sont extrêmement rares dans les vaisseaux se rencontrent souvent et d'une façon très nette dans le sinus carotidien et dans l'arc aortique.

Ces dispositifs sont sensibles à la distension. Il en est de même pour des bronches qui présentent, elles aussi, des champs récepteurs assez analogues à ceux du premier type rencontré dans le sinus. Leur excitation possède, comme celle des appareils du sinus, une influence inhibante sur le cœur qui expliquerait le choc observé parfois dans les opérations du poumon et d'origine certainement neurogène. L'existence de ces champs récepteurs dans les bronches expliquerait également les douleurs thoraciques térébrantes ressenties par les hypertendus au cours de leurs accès de dyspnée.

En cas d'artériosclérose, l'appareil nerveux du sinus est normal mais il est alors en quelque sorte bloqué par la présence de plaques calcifiées et dures qui empêchent l'onde sanguine de faire sentir ses effets.

Après section des nerfs du sinus, on constate que les cellules du ganglion cervical supérieur sont régulièrement divisées en deux comme si la croissance de ces cellules, n'étant plus inhibée par le sinus, se faisait un peu à la manière d'une tumeur maligne.

P.-E. Morhardt.

Erich Hoffmann. ***La question de la syphilis articulaire précoce sous l'apparence de la polyarthrite rhumatismale*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 47, 25 Novembre 1933). — H. donne une première observation concernant une fille de 17 ans qui présenta des papules syphilitiques suintantes des parties génitales peu après lesquelles apparurent de la céphalée s'accentuant la nuit puis un gonflement articulaire douloureux de la mâchoire et des clavicules. On crut alors à du rhumatisme, mais les préparations salicylées n'eurent aucun effet. A l'examen, on constate, une dizaine de jour après le début, une syphilis secondaire fébrile récente avec polyarthrite spécifique, périostite du crâne, etc. Les articulations atteintes sont celles de la mâchoire inférieure, l'articulation sterno-claviculaire gauche et l'épaule gauche (omalgie).

Un second cas concerne un médecin qui a contracté une syphilis professionnelle et qui présente des douleurs rhumatismales vives dans l'articulation de l'épaule et dans le poignet avec sueurs noctunes. Dans un troisième cas, il s'agit d'une « typhose » syphilitique avec pleuro-pneumonie droite, nodule gros comme un pois dans l'épididyme droit, douleurs dans le genou, dans le tibia et dans l'épaule.

A ce propos, H. remarque que la symptomatologie de la polyarthrite aiguë déterminée par la syphilis, sans être fréquente, n'est pas rare car il en connaît encore une série de cas dont un s'est accompagné d'une exsudation dans les genoux. Il propose pour ces formes, le nom de « syphilis articulaire précoce ».

En général, le nombre des articulations prises est moindre que dans le rhumatisme articulaire aigu et les réactions sont plus stables tandis que les douleurs augmentent la nuit sans que les préparations salicylées fassent rien. Enfin, on constate de la périostite caractéristique de la syphilis. Quant aux médicaments spécifiques et plus spécialement à l'iodure de potassium, ils agissent rapidement pour faire disparaître la fièvre et les douleurs.

P.-E. Morhardt.

E. Emminger. ***Recherche de la fluorescence par la microscopie dans un cas d'intoxication par les hypnotiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 47, 25 Novembre 1933). — Chez un homme de 34 ans, il a été observé une porphyrinurie considérable après ingestion d'une dose mortelle d'hypnotique (phanodorme, sédormine). A l'autopsie, on trouve la vessie pleine d'urine qui, à la lumière de Wood, donne une fluorescence rouge de même que la bile. L'examen des divers organes avec le microscope à fluorescence de Borst-Königsdörffer n'a pas pu faire constater de porphyrine. Dans le foie, on a décelé par contre deux sortes de pigments: l'un noir, fin, abondant surtout dans les cellules de la périphérie des lobules, l'autre brun sale, plus grossier, au voisinage de la veine centrale. Ce dernier ne donne pas les réactions du fer. Mais avec l'appareil de Reichert qui permet de donner à la porphyrine une fluorescence d'un rouge vif, on constate qu'il y a coïncidence entre cette fluorescence et la répartition de ce pigment brun. Le spectre de la fluorescence a montré un maximum entre 636 et 620 qui oblige à admettre qu'il s'agit vraisemblablement de coproporphyrine.

Chez un animal qu'on avait antérieurement traité par des injections de porphyrine, cette substance n'a pu être retrouvée dans aucun des viscères. Après intoxication expérimentale par le plomb, on a pu retrouver de la porphyrine dans l'urine mais dans aucun organe. En pareil cas, la formation de porphyrine doit donc être due à un trouble primitif de la moelle osseuse. En cas d'intoxication par les hypnotiques au contraire, les dépôts de porphyrine ne se produisent que dans le foie sans qu'on sache d'ailleurs d'où cette substance provient.

P.-E. Morhardt.

Konrad Ernst. ***Observations cliniques sur les alcooliques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 47, 25 Novembre 1933). — Dans ce travail, E. expose les cas d'alcoolisme qu'il a observés à la Clinique neurologique de Tübingue entre 1929 et 1932, soit 141 cas dont 132 hommes. Pour cet auteur, l'alcoolisme n'est pas une maladie isolée et homogène; elle est l'expression ou le symptôme d'un trouble général de la personnalité globale, c'est-à-dire à la fois de l'être vivant et du membre d'une communauté sociale. L'alcolisme est donc le résultat d'au moins deux facteurs: un facteur individuel et un facteur social. Quand l'alcool devient plus difficilement accessible, l'alcoolisme diminue. Il est au contraire très fréquent dans les professions comme cafetiers, brasseurs, vignerons. L'atmosphère familiale joue également un rôle, mais la famille est aussi, en un certain sens, l'expression de la personnalité de l'homme. Selon E., « la femme est un symptôme de son mari ».

En principe, E. distingue les buveurs habituels, les ivrognes et les alcooliques. Mais en pratique, ces distinctions ne peuvent pas toujours être appliquées.

Il existe, d'autre part, une ivrognerie primitive; elle survient chez des sujets manifestement psychopathes et labiles qui s'adressent à l'alcool mais aussi à la nicotine, à la morphine, aux hypnotiques, etc. Ces sujets ont besoin d'un excitant, d'une ivresse qui leur fasse, selon le mot de Nietzsche, « singer les hautes envolées de l'âme ». L'ivrognerie secondaire est surtout la conséquence d'un excès d'alcool et survient chez des gens qui ne voient pas de raison de cesser de boire jusqu'au moment où ils ne peuvent plus s'en passer.

E. donne ensuite quelques observations dont une d'alcoolique typique, une autre d'alcoolique âgé, une troisième de psychopathe, une quatrième de périodique. Dans un dernier cas, il s'agit d'un cafetier qui boit beaucoup mais qui, d'après son entourage, n'a jamais été ivre. Il a eu un accès de delirium tremens et sa femme rit au nez du médecin quand celui-ci déclare qu'il s'agit d'alcoolisme.

L'ivrognerie suppose de l'inconsistance, de la

mollesse ou de l'irritabilité. D'un côté, il y a les cyclothymiques nets, sociables et gais, et d'un autre côté, les schizoïdes et les psychopathies manifestes. Les psychoses sont plus fréquentes chez les cyclothymiques qui sont plus souvent atteints de délire. Dans l'autre groupe au contraire, le délire est plus rare bien que ces malades puissent présenter des hallucinations, une tendance à des réactions paranoïdes de jalousie et un caractère d'insociabilité.

P.-E. Morhardt.

Heinrich Gissel. ***Le traitement par la glycérine des calculs urétéraux*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 48, 2 Décembre 1933). — Les opinions sur l'action thérapeutique de la glycérine dans les calculs de l'uretère sont très divergentes. Tandis que les uns parlent d'une action favorable d'autres pensent qu'il s'agit simplement d'un effet psychique.

On a d'ailleurs consacré beaucoup de recherches au sort de la glycérine dans l'organisme et on a notamment constaté qu'elle est en partie éliminée par les reins, ce qui modifie certaines propriétés physiques de l'urine.

Dans le service d'urologie de Rostock, on utilise systématiquement la glycérine dans le traitement conservateur des calculs de l'uretère. On fait boire pour cela, pendant un bain de sudation, 200 gr. de glycérine dissous dans un litre d'eau. Sous cette forme, la glycérine est toujours très bien supportée et ne provoque aucun accident. Sur 90 cas ainsi traités, le calcul a pu être éliminé 85 fois car la douleur et la sensation de pesanteur ont généralement diminué aussitôt après l'ingestion de la glycérine. Il est vrai que le bain de vapeur peut avoir agi pour son compte.

Des recherches systématiques sur l'élimination de la glycérine ont été faites à cette occasion. On a d'abord déterminé la glycérine des urines par titration iodométrique selon une méthode analogue à celle de Steinfels, méthode qui permet de doser avec une très grande précision la glycérine ajoutée à l'urine. Dans ces recherches, la glycérine utilisée à un poids spécifique de 1.220 à 1.225 représentait de la glycérine à 80 pour 100. Jusqu'à 10 gr. cette substance est complètement assimilée. A partir de 20 gr., on commence à en retrouver dans l'urine mais seulement à l'état de traces et d'une façon exceptionnelle. Avec 30 gr., on en retrouve régulièrement et avec 200 gr. on en retrouve au minimum 55 gr. (6,2 pour 100). Au bout de 6 heures, l'élimination de la glycérine est terminée. La viscosité de l'urine n'est pas modifiée mais son poids spécifique est fortement augmenté. L'assimilation de la glycérine semble se faire mieux à la seconde ou la troisième administration qu'à la première. Cette médication a des effets diurétiques. En moyenne, le litre de boisson glycérinée a fait uriner 1.670 cmc.

P.-E. Morhardt.

Konrad Ernst. ***Observations cliniques sur les alcooliques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 48, 2 Décembre 1933). — D'après la profession, les 132 alcooliques étudiés par E. donnent 30 pour 100 d'alcooliques professionnels (20 pour 100 de cafetiers), 20 pour 100 d'ouvriers manuels et 20 pour 100 d'employés et d'universitaires. Près de la moitié des cas (40 pour 100) sont entrés à la clinique pour une psychose ou un état de dépression. Trente pour 100 sont entrés sous la pression de leur entourage. L'âge des malades a été le plus souvent 41 à 45 ans. Mais la diminution chez les gens âgés peut s'expliquer par le fait qu'alors l'alcoolisme se manifeste par de la démence sénile ou de la sclérose cérébrale qui n'a rien de spécifique.

Chez les jeunes gens, il s'agit surtout d'anomalies primitives, de psychopathies et de dégénérés, parfois d'épileptiques ou de débiles. Chez les alcooliques d'âge moyen, il semble que l'entourage ait souvent oublié les symptômes psychopathiques de la jeunesse et tende à attribuer tous les désordres constatés à l'alcoolisme.

On trouve souvent, dans la parenté des alcooliques, des personnalités anormales qui donnent à penser que l'ivrognerie ne se transmet pas directement, mais qu'il s'hérite d'une disposition qui, dans un même milieu, donne lieu aux mêmes troubles.

Parmi les psychoses figure d'abord le delirium tremens qui 60 fois sur 100 a été observé chez les cyclothymiques : 18 pour 100 des alcooliques sont entrés pour délire mais 30 pour 100 des malades avaient des accès de délire au moins dans leurs antécédents. Parmi ces sujets, il en est qui ont présenté des états hallucinatoires ou paranoïdes. Les idées de jalousie ont été observées chez 22 malades (17 pour 100), surtout chez des gens âgés. Cette jalousie semble s'être manifestée déjà auparavant de telle sorte que l'alcoolisme en est simplement un symptôme : les maris sont mécontents de leurs femmes qui se montrent d'ailleurs insuffisantes à un point de vue quelconque ou infidèles. Néanmoins, ces idées de jalousie se retrouvent souvent en cas de psychoses caractérisées et accompagnées d'idées paranoïdes, voire même de tendance au suicide. Ces tendances au suicide ont été constatées chez 15 pour 100 des alcooliques. La criminalité est fréquente. Elle a été constatée dans 17 cas.

En regard des 132 hommes alcooliques, on ne compte que 9 femmes, ce qui, d'après E., montre bien le rôle des conditions sociales dans la genèse de l'alcoolisme. La plupart de ces femmes se mettent à boire secrètement car elles ne sont approuvées par personne. Comme les hommes, elles ont d'ailleurs généralement de l'alcool à leur disposition. Quatre de ces femmes étaient des psychopathes.

En terminant, E. remarque qu'on ne peut pas considérer que l'alcoolisme élimine les non-valeurs car les buveurs ont souvent une famille nombreuse qui souffre de cet état.

P.-E. Morhardt.

Hans-Peter Müller. ***Expériences avec l'hormone thyrotrope du lobe antérieur de l'hypophyse faites pendant la grossesse et particulièrement au cours des néphropathies gravidiques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 49, 9 Décembre 1933). — Après avoir rappelé les travaux qui ont été consacrés à l'hormone thyrotrope du lobe antérieur de l'hypophyse, M. expose qu'il a eu l'idée de recourir à cette hormone comme produit de substitution de la thyroïde particulièrement dans les cas où la thyroxine est utilisée, c'est-à-dire dans l'éclampsisme et dans l'éclampsie.

Ces recherches ont d'abord porté sur des gestantes normales, se trouvant dans les deux derniers mois de la grossesse. Il leur a été administré, pendant 8 à 15 jours, 200 à 600 unités-cobaye par jour d'hormone thyrotrope. La dose globale maxima a varié de 5.000 à 6.000 unités-cobaye. Cette médication n'a provoqué aucun effet objectif ou subjectif.

Cette médication n'a pas été utilisée dans l'éclampsie proprement dite où M. provoque l'accouchement aussi vite que possible suivi d'un traitement de Stroganoff et de saignée. Par contre, il a traité 12 malades atteintes d'éclampsisme dont 2 cas particulièrement tenaces. Les doses ont été les mêmes que celles données aux femmes normales et ont varié de 1.400 à 5.600 unités-cobaye. Dans aucun cas il n'a été constaté d'amélioration ni, en particulier, d'augmentation de la diurèse.

Ces résultats entièrement négatifs semblent montrer que l'hormone thyrotrope, comme la thyroxine d'ailleurs, est supportée pendant la gestation à plus fortes doses que dans les circonstances habituelles. Cet insuccès peut donc être attribué, avec vraisemblance, à une connaissance insuffisante des doses actives pendant la gestation.

P.-E. Morhardt.

Victor Hammerschlag. ***Affections héréditaires de l'oreille interne au point de vue des théories de l'hérédité*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 49, 9 Décembre 1933). — Pour H., les diverses maladies héréditaires de l'oreille interne, c'est-à-dire la surdité héréditaire dégénérative, la surdité progressive labyrinthique, la presbyacousie précoce et l'otosclérose ne sont pas des maladies distinctes mais des éléments d'une même unité nosologique, l'hérédopathie acoustique. Les formes les plus sévères de cette affection datent de la vie fœtale et sont constituées par des inhibitions de croissance, particulièrement de la partie cochléaire du labyrinthe.

L'unité de ces affections est surtout démontrée par l'anatomie pathologique. Il existe, en particulier, dans l'otosclérose, des caractères qui se retrouvent dans la surdité dégénérative héréditaire et inversement.

Toutes les constatations faites au point de vue héréditaire dans ces maladies s'expliquent par l'existence d'un seul gène.

Ces hérédopathies de l'oreille interne ont pour origine à la fois une anomalie de l'appareil nerveux ectodermique et de l'appareil de soutien mésodermique.

P.-E. Morhardt.

H. Gross. ***Fondements expérimentaux d'une sérothérapie de l'ostéomyélite*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XII, n° 52, 30 Décembre 1933). — Après avoir rappelé que dans l'ostéomyélite, les microbes autres que les staphylocoques dorés jouent un rôle secondaire, G. constate qu'on est arrivé, à plusieurs reprises, à provoquer, chez des lapins, une ostéomyélite vraie (Rodet et Courmont) ou chronique (Lexer). Il semble que les cultures âgées et affaiblies soient plus capables que les autres de provoquer cette localisation.

Mais si les microbes sont responsables de la formation du pus, par contre c'est à la toxine qu'il faut attribuer les effets nécrotisants et les néoformations osseuses secondaires. Mais jusqu'ici, on n'est pas arrivé avec la toxine à provoquer chez le lapin une affection analogue à l'ostéomyélite humaine bien que la toxine joue incontestablement un rôle dans la maladie. D'ailleurs, dans le sérum de l'organisme malade, on trouve une antitoxine dont le titre paraît élevé surtout quand la guérison se fait vite. La question qui se pose est de savoir quelle signification il faut attribuer, au point de vue de l'évolution de la maladie, à la toxine staphylococcique d'une part et, d'autre part à l'antitoxine.

En ce qui concerne la toxine staphylococcique, elle est caractérisée par ses pouvoirs hémolysant d'abord, nécrotisant et enfin léthal. Par suite, l'antitoxine doit avoir un pouvoir antihémolytique qu'on évalue en déterminant la dilution pour laquelle le sérum empêche la lyse du sang de lapin par la toxine. Le pouvoir antinécrotisant de l'antitoxine est mesuré de la même façon en recherchant la dilution pour laquelle le sérum prévient les effets de la toxine administrée par voie intracutanée. Enfin, l'effet antiléthal doit être apprécié suivant une méthode publiée ailleurs par G.

Le pouvoir antihémolytique, qui est le plus simple à déterminer, varie de 1/2 à 10. Dans quelques cas chroniques, il s'est même montré plus élevé. D'un autre côté, la tâche de la sérothérapie, c'est d'agir chez le malade tout au début de l'affection et non pas, comme pour les méthodes chirurgicales, lorsque les phénomènes aigus commencent à s'apaiser. Dans ces conditions, il y

a lieu de songer d'abord à du sérum de convalescents d'ostéomyélite qui aurait l'avantage de ne pas provoquer de maladie du sérum. Le sérum spécifique de cheval ne peut pas être obtenu avec n'importe quel staphylocoque. Selon G., il faut recourir au groupe II qui est caractérisé par le fait qu'il provoque une hémolyse et une réaction cutanée moyennement forte alors que le groupe I a des propriétés de ce genre très marquées et que le groupe III en est dépourvu. Il est possible d'ailleurs que les germes de ce groupe II soient atténués par le fait de l'auto-immunisation du malade.

Le sang de sujets capables de fournir un sérum actif doit avoir un titre antitoxique élevé mesuré par le pouvoir antihémolytique et les doses peuvent atteindre 10 à 25 cmc.

P.-E. Morhardt.

Elise Käer. *Action sur le métabolisme d'une protéine iodée* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 1, 6 Janvier 1934). — K. a étudié d'abord sur les têtards les effets d'une protéine iodée (iodtropon). Elle a constaté que l'adjonction de cette substance à l'eau dans laquelle vivent les têtards agit sur leurs dimensions et sur leur évolution. Ces animaux, longs en moyenne de 23 à 25 mm., arrivent, sous l'influence de cette protéine, à ne plus mesurer que 16 à 17 mm. Cet effet est déjà sensible avec 1 milligr. par jour ajouté à 500 gr. d'eau pour 10 têtards et il atteint son maximum avec 10 ou 15 milligr. car avec 30 milligr. on n'obtient pas d'effet plus sensible.

Parallèlement, on constate que la vitesse de l'évolution est accélérée et qu'il survient des métamorphoses prématurées.

L'action d'autres substances sur les têtards a été étudiée et d'abord l'iodure de sodium qui n'accélère pas l'évolution mais ralentit plutôt les métamorphoses. La diiodetyrosine provoque une inhibition de la croissance en longueur, mais n'accélère pas l'évolution. Il y a une différence non seulement quantitative, mais qualitative, entre cette substance et la protéine iodée, car, à l'inverse de la première, les effets de cette dernière persistent longtemps après sa suppression. Avec la thyroxine à la dose quotidienne de 5 à 20 milligr. on obtient une courbe analogue à celle de 10 à 15 milligr. d'iodtropon. Enfin, il a été possible d'inhiber les effets de la protéine iodée aussi bien avec l'antithyroïdine qu'avec la diiodetyrosine.

Le taux d'iode de la protéine iodée qui a été utilisée s'élève à 5 pour 100. Il faut donc supposer que dans cette préparation une partie de l'iode se trouve sous une forme très active.

Chez les cobayes de moins de 300 gr. la protéine iodée a provoqué un arrêt de croissance, parfois même une perte de poids.

P.-E. Morhardt.

Eberhard Regenbogen. *Observations cliniques sur les processus infiltrants du lobe inférieur accessoire* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 1, 6 Janvier 1934). — Le lobe inférieur accessoire se trouve d'après Schaffner, comme R. le rappelle, chez 45 pour 100 des sujets ; dans 20 pour 100 des cas il est bien caractérisé et a la forme d'un cône oblique dont le sommet coïncide avec le hile et dont la base occupe un tiers à un cinquième de la surface inférieure du poumon. Quand ce lobe n'est pas bien formé, on constate simplement une incisure plus ou moins profonde.

R. donne 4 observations de malades présentant un syndrome assez caractérisé avec début aigu et forte tendance à l'évolution chronique, déterminant de la bronchectasie et des poussées de fièvre au cours desquelles l'expectoration, habituellement très abondante, cesse plus ou moins complètement. Dans un 5e cas, l'observation est moins significative, parce que le malade n'a pas été observé suffisamment longtemps.

L'évolution de la maladie s'explique bien par l'anatomie de ce lobe dont la situation au point de vue circulation du sang et de la lymphe est évidemment défavorable par rapport aux autres régions du poumon. Le facteur essentiel au point de vue étiologique, c'est la formation d'une sténose bronchique intermittente ou permanente. Il n'est pas d'ailleurs nécessaire de supposer qu'une compression de la branche principale soit nécessaire pour réaliser cette sténose. Le gonflement inflammatoire de la muqueuse suffit. L'obturation complète de la bronche peut provoquer l'atélectasie du lobe tout entier et ainsi se trouvent créées des conditions favorables pour qu'il apparaisse la bronchectasie du fait de la persistance de la sécrétion des bronches. Enfin, la rétraction cicatricielle du tissu pulmonaire avoisinant peut contribuer également à dilater les bronches.

En terminant, R. se demande si les méthodes radicales de traitement ne devraient pas consister à lier l'artère pulmonaire correspondante puis à extirper le lobe. Mais l'accès de ce lobe est très difficile.

P.-E. Morhardt.

Max Dahm. *Les mouvements du diaphragme et du médiastin dans le cancer du poumon* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 1, 6 Janvier 1934). — Comme les cancers du poumon sont presque toujours d'origine bronchique, ils s'accompagnent d'un rétrécissement de la lumière des bronches, ce qui gêne l'arrivée de l'air dans une région plus ou moins étendue des poumons et modifie par conséquent les relations de position intrathoraciques, c'est-à-dire les mouvements du diaphragme et du médiastin. L'étude kymographique des poumons permet de se rendre compte, avec exactitude, de ces phénomènes.

On constate ainsi que, du côté malade, les excursions du diaphragme sont normales ou un peu diminuées. De même, les déplacements anormaux de l'ombre du médiastin ne sont pas fréquents. Mais dans l'épreuve du reniflement de Hitzenberger, on constate un mouvement paradoxal de la coupole diaphragmatique du côté malade. Alors, le médiastin se déplace assez souvent vers le côté malade. En même temps, les organes du médiastin, le cœur y compris, peuvent se déplacer.

Des phénomènes du même genre s'observent au cours de l'épreuve du reniflement en cas de pneumothorax, d'adhérences pleurales et de déplacement du médiastin par des affections diverses.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Harald Lotze. *Mécanisme d'action de la médication ferrugineuse « per os » sur la flore intestinale* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 5, 14 Septembre 1933). — Le fer métallique (fer réduit) agit à des doses qui dépassent de beaucoup les besoins en fer et qu'on cherche à expliquer de diverses façons. Schottmüller pense qu'il agit, dans ces conditions, sur la flore intestinale soit par adsorption soit par désinfection. L. a repris ses recherches sur la flore intestinale aérobie et anaérobie. Avec sa méthode, il trouve, dans les selles fraîchement émises des sujets normaux, un nombre de germes aérobies qui varie en moyenne autour de 6.000 par centimètre cube d'une dilution au millionième. L'administration de fer réduit fait baisser ce nombre moyen au voisinage de 200. Les variations chez un même individu et avec un même régime peuvent naturellement être grandes d'un jour à l'autre. Néanmoins, chez les sujets sains, les nombres trouvés ne descendent pas au-dessous de 2.000, chiffre qui n'est pas observé avec le fer.

Quand, au lieu d'un régime ordinaire, les sujets prennent un régime d'ulcère gastrique (1.000 cmc de lait, 200 gr. de bouillie au lait, 100 gr. de pain blanc et 40 gr. de beurre), le nombre des germes est fortement abaissé, mais beaucoup moins que sous l'influence du fer. La moyenne des germes est alors en effet de 400.

En ce qui concerne les germes anaérobies, les recherches sont plus compliquées. Néanmoins, l'influence de la médication ferrugineuse est incontestable, bien que pour obtenir des résultats il faille poursuivre cette thérapeutique pendant un certain temps, par exemple pendant 18 jours, à la dose de 10 gr. par jour. On obtient alors, par comparaison avec les sujets de contrôle, des différences qui dépassent de beaucoup l'erreur possible. Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire de chauffer les selles et on ne saurait dire, dans ces conditions, si l'action du fer est ou non influencée dans un sens ou dans un autre par ce chauffage. Cette objection a pu, d'ailleurs, être éliminée, au moins en partie, par le fait qu'avant le chauffage on a éliminé le fer ou encore en ajoutant artificiellement du fer aux selles.

Quoi qu'il en soit, l'action du fer peut être due d'abord à l'oligodynamie, à l'adsorption, à une modification de la concentration des ions H, etc. Il est possible, d'après L., que l'adsorption joue un rôle. Mais, par contre, la transformation du fer réduit en chlorure de fer n'intervient pas. D'un autre côté, dans les maladies comme la colite grave, la sprue et l'anémie qui survient après résection de segments intestinaux importants, l'ascension des micro-organismes vers le grêle est empêchée par le fer. C'est ce qui expliquerait les bons effets de cette thérapeutique dans cette maladie.

P.-E. Morhardt.

E. Jürgensen. *Observations de microscopie capillaire dans le purpura. Contribution à la théorie de la diathèse hémorragique* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 5, 14 Septembre 1933). — Il a été observé par J. un homme de 76 ans qui présente du gonflement des avant-bras et du dos des mains en même temps qu'il apparaît de nombreuses suffusions sanguines. Un autre jour, ce même processus se reproduit au niveau des malléoles et du dos du pied ainsi que sur le tronc. Des phénomènes de ce genre n'avaient jamais été observés antérieurement ni chez ce malade ni chez ses parents.

Les taches ecchymotiques sont caractérisées par une disposition symétrique plexiforme. Cette disposition s'atténue d'ailleurs progressivement pour reparaître de nouveau au moment où les taches prennent une couleur brune.

A l'examen microscopique, on constate l'absence complète de toute hémorragie capillaire et une apparence anormalement nette du plexus veineux sub-papillaire. L'anse artérielle des capillaires est rétrécie tandis que l'anse veineuse est un peu plus large que normalement. Le nombre des capillaires visibles est un peu diminué.

Le calibre des petites veines sub-papillaires est généralement très mince mais très variable dans les régions où il existe du purpura. La formation d'une tache de purpura a pu être observée à la face d'extension de l'avant-bras. On a constaté que le courant veineux se ralentit de plus en plus jusqu'à ce qu'il se réalise presque une stase. La veine se dilate ainsi d'une façon visible jusqu'à acquérir un diamètre plusieurs fois supérieur à son diamètre original. Le filament très foncé semble alors se dissocier et le champ microscopique se trouble. L'évolution de la maladie a d'ailleurs été assez rapide.

La disposition plexiforme des taches de purpura

était tout à fait analogue à celle de la *cutis marmorata* provoquée par la chaleur. Cette disposition provient de ce qu'un plus ou moins grand nombre de veines malades du plexus sub-papillaire se croisent tout en appartenant à des mailles différentes.

Au point de vue pathogénique, il y a lieu de considérer que ce malade présentait de l'atrophie sénile de la peau. Mais on ne peut invoquer ni une alimentation vraiment insuffisante ni un régime qualitativement défectueux. D'un autre côté, cette disposition rétiforme fait songer à une *cutis marmorata* survenue sous l'influence du froid. De fait, les poussées de purpura n'ont été observées chez ce malade que dans des régions qu'il exposait au froid. Elles ont cessé quand ces régions ont été convenablement protégées. En somme, il faut admettre qu'un produit du métabolisme de la peau aurait déterminé une tendance à l'hémorragie que le froid aurait rendue manifeste.

P.-E. Morhardt.

Erwin Rutishauser. *Obésité ostéoporotique (pituitary basophilism)* [*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXV, n° 6, 25 Octobre 1933]. — Dans cet important mémoire, R. étudie une maladie qui a en commun, avec la maladie de Fröhlich, l'obésité et l'atrophie des organes sexuels, symptômes auxquels s'ajoutent une ostéoporose marquée et une augmentation généralement importante de la pression du sang.

Dans cette maladie qui affecte principalement des femmes, on constate une irrégularité des menstruations, un visage de pleine lune, un teint rouge, un ventre volumineux avec des membres maigres et des vergetures. En outre, il apparaît une cyphose et des fractures spontanées principalement des côtes. L'hypertension atteint ou dépasse 200 mm. de Hg, mais elle est très variable. Les suffusions sanguines sont fréquentes et la cholestérine du sang est élevée. Mais il n'y a pas d'hirsutisme et les malades semblent enclins à la furonculose, aux phlegmons, aux pneumonies, etc. D'après Cushing, la cause de cette maladie serait un adénome basophile de la préhypophyse.

Dans la première observation de R. qui est donnée très en détail, il s'agit d'une femme morte à 42 ans, très obèse, chez laquelle Roch fait pendant la vie le diagnostic d'adénome basophile de l'hypophyse. On constate à l'autopsie l'existence d'obésité ostéoporotique avec fractures spontanées des côtes, de l'artériosclérose, une hypertrophie du ventricule gauche, une hypertrophie des surrénales, une lipomatose des parathyroïdes, un goitre nodulaire, une atrophie des ovaires, une hémorragie récente du noyau lenticulaire. A l'examen microscopique, on confirme l'existence d'un adénome basophile de la préhypophyse, de l'artériolosclérose, etc.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme morte à 23 ans chez laquelle, à l'autopsie, on fait des constatations très analogues à celles qui ont été faites dans le premier cas: augmentation des cellules basophiles de la préhypophyse avec agénésie du lobe postérieur, ostéoporose, hypoplasie des ovaires et de l'utérus, lipomatose des parathyroïdes surrénales riches en lipoïdes. Il ne s'agit d'ailleurs pas, dans ce cas, d'une maladie de Fröhlich à cause du début précoce et de l'absence d'une genèse cérébrale. A propos de cette observation, R. fait remarquer que dans une série de cas de dystrophie adiposo-génitale publiés on a constaté, à l'autopsie, une tumeur basophile de l'hypophyse. Mais alors, on n'a pas fait de constatations qui permettraient de les rattacher à l'obésité ostéoporotique. Cependant, le cas de Lannois et Cléret paraît à R. appartenir certainement au groupe de l'obésité ostéoporotique.

Dans un 3e cas, il s'agit d'une femme morte à 65 ans, chez laquelle on a trouvé associées l'obésité ostéoporotique et la cirrhose du foie.

Selon R., dans ces diverses observations, c'est l'adénome basophile qui est intervenu. On sait d'ailleurs que l'hypophyse exerce une action puissante sur le squelette. Les altérations osseuses constatées en pareil cas sont très différentes de celles qui s'observent en cas d'hyperparathyroïdisme ou en cas d'hyperthyroïdisme. En outre, dans les 3 cas, on a observé de l'hypertension, une lipomatose importante des parathyroïdes, une petitesse remarquable de la thyroïde, même dans le cas où il y avait goitre nodulaire. En somme, les constatations de Cushing sont confirmées par ces trois observations.

Il est vrai, cependant, que dans les affections de ce genre on n'a pas toujours retrouvé l'adénome basophile de la préhypophyse. Cet adénome pouvait d'ailleurs siéger autre part. D'un autre côté, il est assez difficile d'apprécier l'importance des cellules basophiles qui se colorent assez diversement suivant les sujets. Dans cette maladie, le rôle des cellules basophiles est mis en évidence par le fait que ces cellules augmentent avec l'âge alors que l'ostéoporose est précisément un caractère de sénilité.

D'un autre côté, l'atrophie sexuelle constatée chez ces malades peut s'expliquer par le fait que l'hormone sexuelle hypophysaire est excrétée soit en quantité insuffisante pour stimuler les glandes sexuelles ou, au contraire, en quantité exagérée, de telle sorte que les glandes génitales s'épuisent rapidement. Mais il ne semble pas possible de dire encore par lequel de ces deux mécanismes l'adénome basophile agit en pareil cas.

P.-E. Morhardt.

Leo Norpoth. *La régulation jéjunale de la motilité gastrique* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 1, 18 Novembre 1933). — A la clinique de Morawitz les porteurs d'ulcère sont alimentés par une sonde jéjunale, ce qui permet d'étudier les effets de ce mode d'alimentation sur les fonctions gastriques. Il a été ainsi constaté chez ces malades qu'un repas usuel introduit de cette manière détermine un repos moteur de l'estomac qui peut durer jusqu'à deux heures. Si le repas est plus petit, le repos ainsi déterminé est de plus courte durée.

Le glucose donné dans les mêmes conditions provoque, d'une façon immédiate, à la dose de 20 cmc d'une solution à 40 pour 100, un repos de 15 minutes. Des doses plus élevées ont une action plus prolongée. L'huile d'olive provoque, au bout d'une période de latence de 10 à 15 minutes, un repos assez prolongé.

Les relations entre le taux du sucre du sang et le repos de l'estomac ne sont pas constantes. Le repos de l'organe peut être complet alors qu'il y a des symptômes d'hypoglycémie. De plus, chez un même sujet, le repos moteur et l'activité peuvent s'observer avec le même taux de glycémie. Il est probable que les différences d'action entre les hydrates de carbone et les graisses sont dues aux différences de résorption par l'infection. En tous cas, les effets ainsi constatés avec des substances alimentaires ne s'observent pas avec les substances sans valeur nutritive. Il ne s'agit donc pas d'une action nerveuse, mais vraisemblablement d'une action humoro-nerveuse.

P.-E. Morhardt.

E. Kestermann et A. Knolle. *L'activité bactéricide du sérum des diabétiques* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 1, 18 Novembre 1933). — Le sérum de sujets normaux peut détruire les colibacilles et se montre également bactéricide à un degré modéré vis-à-vis des staphylocoques et des streptocoques. En ajoutant du sucre à du sérum normal, on fait disparaître plus vite le pouvoir bactéricide à l'égard des colibacilles mais non pas à l'égard des staphylocoques ou des streptocoques

Chez les diabétiques, le sérum possède pour le colibacille un pouvoir bactéricide normal surtout quand la glycémie n'est pas très élevée. Mais cette bactéricidie peut diminuer quand le diabète est sévère.

Il semble y avoir des relations entre l'hyperglycémie et l'acidose d'une part et, d'autre part, la bactéricidie. L'hyperglycémie, de même d'ailleurs que l'acidose ou la diminution de la réserve alcaline, abaisse le pouvoir germicide. Ce pouvoir, en tous cas, s'épuise plus vite chez les diabétiques que chez les sujets normaux même à l'égard des staphylocoques et des streptocoques. Le traitement insulinique augmente le pouvoir bactéricide du sérum principalement chez des malades comateux. Des phénomènes de ce genre s'observeraient d'ailleurs dans des maladies qui s'accompagnent de cachexie.

P.-E. Morhardt.

Kurt Philipp Becker et Julius Feldhaus. *Les quantités quotidiennes de sécrétion d'eau, d'acide chlorhydrique et de chlorure de l'estomac humain sain et ulcéreux* (*Deutsche Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 2, 12 Décembre 1933). — B. et F. ont déterminé chez des sujets sains et chez des sujets atteints d'ulcère et de gastrite le volume total de la sécrétion et la proportion d'acide chlorhydrique et de chlorures produits par l'estomac au cours de 12 heures consécutives. Ces recherches ont été pratiquées chez 14 personnes dont 6 sujets sains, 6 ulcéreux et 2 atteints de gastrite. La boisson d'épreuve était constituée par une solution à 5 pour 100 d'alcool dont il a été administré 220 cmc additionnés de 5 cmc d'une solution à 0,4 pour 100 de phénolsulfonephtaléine. L'épreuve a duré de 7 heures à 19 heures. Après l'évacuation complète de l'estomac on a introduit de nouveau la même quantité de boisson d'épreuve. B. et F. remarquent à ce propos que l'évacuation totale de l'estomac est facile à réaliser avec les sondes en caoutchouc mince, pourvues de 12 orifices disposés en spirale sur 20 cm. de long, dont ils se sont servis.

Le volume sécrété dans ces conditions par les sujets sains a varié de 1.759 à 2.645 cmc et chez les ulcéreux de 2.155 à 3.150 cmc. La moyenne a été chez ces derniers de 20 pour 100 supérieure à ce qu'elle a été chez les sujets sains. L'acide chlorhydrique a varié chez les sujets sains entre 1,4 et 3,8 gr. et chez les ulcéreux entre 2,16 et 9,40. Chez ces derniers, la moyenne est de 36 pour 100 supérieure. Le chlore total a donné chez les ulcéreux (8,44 gr. en moyenne) des chiffres de 40 pour 100 plus grands que chez les sujets sains (6,02 gr.).

Au cours de la journée, la concentration de l'acide chlorhydrique varie chez les ulcéreux de 0,013 à 0,522 et chez les sujets sains de 0,01 à 0,45 pour 100. En ce qui concerne la concentration du chlore total, on fait des constatations analogues: 0,05 à 0.7 gr. pour 100 chez les sujets sains et 0,103 à 0,864 gr. pour 100 chez les ulcéreux.

Il ne semble pas que la théorie d'une indépendance de la sécrétion de l'acide chlorhydrique et des chlorures soit démontrée. D'une façon générale, l'index d'acidité est, chez les ulcéreux, de 28 pour 100 plus élevé que chez les sujets sains. Chez les ulcéreux, le chlore de l'acide chlorhydrique est, par rapport au chlore total, de 20 pour 100 plus élevé que chez les sujets sains.

Les deux cas de gastrite qui n'ont pas pu subir l'épreuve aussi complètement que les autres sujets ont éliminé respectivement : 2.361 et 2.477 cmc de liquide et 6,38 et 5,77 gr. d'acide chlorhydrique.

P.-E. Morhardt.

THERAPIE DER GEGENWART
(Berlin)

Margot Zeyen. *Lymphogranulomatose sous l'apparence d'une septicémie sévère* (*Therapie der Gegenwart*, t. LXXIV, n° 12, Décembre 1933). — Si certaines formes de lymphogranulomatose sont relativement faciles à diagnostiquer, il en est d'autres, au contraire, qui suscitent de très grandes difficultés. Alors, le prurit, l'exanthème, les modifications de l'hémogramme, la tuméfaction de la rate, la fièvre, l'anémie, la cachexie sont les seuls signes sur lesquels on puisse se fonder. Les altérations cutanées, en particulier, s'observent dans 10 à 12 pour 100 des cas. D'un autre côté, on ne doit pas faire le diagnostic de forme aiguë sans être sûr qu'il ne s'agit pas d'une poussée survenue au cours d'une forme chronique. Or, l'élimination d'une hypothèse de ce genre se heurte à des difficultés très grandes. Quoi qu'il en soit, dans l'observation de Z., le début fut assez aigu pour qu'on fit le diagnostic de septicémie.

Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui, au moment de l'entrée à l'hôpital, présente une température de 39°, 3,3 millions d'érythrocytes, 65 pour 100 d'hémoglobine, 9.400 leucocytes dont 21,5 pour 100 de lymphocytes et 5,5 pour 100 de monocytes. On songe d'abord à un avortement septique qui ne se confirme pas. Au cours des trois mois suivants, on constate que la fièvre a un caractère rémittent et qu'elle présente des élévations accompagnées de frissons et des chutes accompagnées de sueurs profuses. Dans l'urine, il apparaît de l'urobiline et de l'urobilinogène tandis que la rate augmente de volume. La leucopénie d'abord modérée s'accentue progressivement comme dans les cas de septicémie sévère. Cependant, l'examen bactériologique reste négatif et on ne trouve rien qui explique l'origine de la septicémie.

La malade meurt avec des symptômes d'anémie et de cachexie croissante. A l'autopsie, on constate que la rate pèse 400 gr. Les ganglions qui avoisinent les bronches et le système porte sont augmentés de volume et on ne retrouve plus au microscope de tissu lymphatique; mais, au contraire, un tissu de granulation avec petites nécroses et diverses formes cellulaires (cellules géantes de Sternberg) ainsi que de nombreuses cellules géantes à noyaux lobés. Dans le foie, on trouve des tubercules caséifiés.

Z. remarque à ce propos qu'on discute encore sur l'étiologie de la lymphogranulomatose et il attire l'attention sur l'intérêt des tubercules trouvés dans le foie.

Cette observation enseigne en outre, d'après elle, qu'en cas d'affection septique sans constatation aucune locale, il faut songer à la possibilité d'une lymphogranulomatose et irradier d'une façon précoce la rate et le hile.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für SCHIFFS UND TROPEN HYGIENE.
(Leipzig)

A. E. Eckhardt. *Susceptibilité aux injections d'atébrine-plasmoquine dans le paludisme* (*Archiv f. Schiffs und Trop. Hyg.*, t. XXXVII, n° 11, Novembre 1933). — E., au Tanganika, a essayé comparativement l'atébrine en injections intraveineuses (0,2 gr. par injection) et l'association atébrine-plasmoquine (āā : 0,01 à 0,03 gr. en injections intramusculaires). Il préfère la seconde méthode qui permet de donner la dose quotidienne en une seule fois, constitue une méthode plus rapide et plus sûre, et ne s'accompagne pas d'accidents toxiques, ou au moins désagréables.

Ch. Joyeux.

Martin Mayer. *L'atébrine en injections intraveineuses dans le paludisme* (*Archiv f. Schiffs und Trop. Hyg.*, t. XXXVII, n° 11, Novembre 1933). — Dans 7 cas de paludisme, M. a donné des injections intraveineuses d'atébrine, en solution aqueuse, allant jusqu'à 0 gr. 3 dans 9 cme d'eau distillée, pendant trois jours, sans observer d'accidents. Dans les cas d'accès pernicieux avec coma, il est conseillé de ne pas dépasser 0 gr. 2 par injection.

Ch. Joyeux.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

Fr. Meyer. *Nouvelles tentatives en matière de sérothérapie antidiphtérique* (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LIV, n° 40, 7 Octobre 1933). — La sérothérapie antidiphtérique a de nouveau rencontré des détracteurs en Allemagne dans ces dernières années devant les échecs répétés éprouvés dans la diphtérie maligne (jusqu'à 50 et même 66 pour 100 d'insuccès). Les sceptiques se demandent si le sérum est utile, s'il guérit grâce à son antitoxine spécifique ou grâce à des constituants non spécifiques encore inconnus. En tous cas, les auteurs sont d'accord pour dire que les modifications apportées au traitement jusqu'ici (sérum antistreptococcique, salvarsan, sérum de convalescent, etc.) n'ont guère amélioré les résultats, non plus que l'augmentation des unités injectées, ni le mode d'administration. Reste encore à contrôler la valeur de la méthode préconisée par Hottinger : injection 3 fois par jour, 6 jours de suite, de petites doses (4.000 U.A. de sérum mixte, antidiphtérique-antistreptococcique). Hottinger ne croit pas d'ailleurs à la spécificité de ce traitement.

Depuis trois ans, M., qui défend l'action spécifique du sérum, essaie d'innover en matière de sérothérapie antidiphtérique.

Laissant de côté les méthodes en usage pour apprécier le degré de l'intoxication diphtérique, il préconise l'établissement des courbes du poids, des polynucléaires et des lymphocytes. Le croisement de la courbe descendante des lymphocytes et de la courbe ascendante des polynucléaires est toujours l'indice d'une intoxication très grave; on peut ainsi évaluer l'effet thérapeutique préventif et curatif chez l'animal d'expérience avec plus d'exactitude qu'auparavant.

L'immunisation active par l'anatoxine et la sérothérapie préventive empêchent toute modification de courbes quand on vient à injecter une ou plusieurs doses mortelles, tandis que le sérum ordinaire est sans action.

Il est plus délicat d'apprécier les résultats du traitement curatif. Des expériences de M., il se dégage, une fois de plus, que l'effet thérapeutique du sérum dépend avant tout de la précocité du traitement. Les sérums de titre antitoxique élevé sont préférables, car ils permettent la résorption d'une plus grande quantité d'unités dans le même temps. La voie veineuse assure une résorption plus rapide; elle s'impose dans les cas graves. La question de la dose est difficile à trancher. M. estime qu'il faut se baser bien plus sur le degré d'intoxication que sur le poids du malade. Dans les cas graves, la dose de 1000 U. A. par kilogr. lui a paru la meilleure. M. souligne l'importance de la répétition des injections, confirmée par l'expérimentation et par la clinique. Chez l'homme, il procède ainsi en présence d'une diphtérie grave : tout d'abord grosse injection intraveineuse (1.000 U. A. par kilogr.), puis dose de 2.000 U. A. toutes les 3 heures par voie intramusculaire pendant les 3 ou 4 premiers jours. On obtient ainsi des succès dans des cas très graves quand on peut instituer le traitement assez tôt. Les accidents sériques ne sont ni plus fréquents, ni plus sérieux qu'avec l'injection unique.

M. a essayé de renforcer l'avidité de l'antitoxine pour les cellules en immunisant les chevaux avec une albumine humaine renfermant la toxine. Les résultats semblent encourageants, mais ils sont encore peu nombreux.

En présence du rôle néfaste que jouent souvent les streptocoques dans les diphtéries graves (29 pour 100 d'hémocultures positives), il est indiqué de recourir à la sérothérapie antistreptococcique quand on décèle du streptocoque dans la gorge; le tout est de disposer d'un sérum antistreptococcique de titre élevé.

P.-L. Marie.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
(Buenos-Aires)

Radiologie de la tuberculose pulmonaire (*Arch. Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio*, t. 1, n° 5, Août 1933). — Ce fascicule est consacré à de nouvelles études concernant la tuberculose pulmonaire et complète les travaux parus dans les fascicules précédents déjà analysés ici même.

J. Palacio, E. S. Mazzei et E. L. Capdehourat analysent les *aspects radiologiques de la tuberculose fibreuse* et, après lui avoir donné sa place dans la classification actuelle de la tuberculose, étudient la sclérose arborescente bilatérale, la forme péribronchique, les dilatations bronchiques au cours de la tuberculose, les éléments nodulaires, les localisations lobulaires, la forme dense, la médiastinite et les aspects cavitaires.

C. B. Udaondo et A. Vadone consacrent leur étude, suivie d'une intéressante bibliographie, aux *irrégularités de l'image diaphragmatique et à leur pathogénie* et J. Egües discute, avec 4 observations à l'appui, les *images micronodulaires dans les formes hémoptoïques*. Des schémas et des radiographies illustrent largement ces divers articles.

Moisel Kahn.

GL' INCURABILI
(Modène)

A. Cimmino. *Influence des basses pressions barométriques sur la valeur complémentaire du sérum sanguin* (*Gl' Incurabili*, t. 1, n° 3, Mars 1933). — C. a déjà montré l'influence défavorable des dépressions atmosphériques brusques suivies d'un retour brusque à la pression normale sur la production des agglutinines. Chez les cobayes soumis à la même épreuve, on observe une augmentation durable de la valeur complémentaire du sérum; cette augmentation qui peut atteindre le quart ou le tiers du chiffre initial n'est pas accrue par de nouvelles décompressions; elle relève probablement des modifications de la globuline, de la sérine, des sels et des lipoïdes du sérum et de la splénocontraction produites par la décompression.

Lucien Rouquès.

ARCHIVOS LATINO-AMERICANOS DE CARDIOLOGIA Y HEMATOLOGIA
(Mexico)

J. Q. Olascoaga (Mexico). ***Des principales actions physiologiques de la combinaison sucre et insuline en thérapeutique cardiaque*** (*Archivos Latinos-Americanos de Cardiologia et Hematologia*, An. 3, t. III, n° 4 et 5, Mai et Août 1933). — O. étudie l'évolution de l'insuffisance cardiaque, troubles du rythme, pression artérielle chez des sujets qu'il traite par de petites doses d'insuline associée ou non avec du glucose ou du saccharose

ingéré. Ses observations portent sur 20 insuffisants cardiaques, dont 10 présentent de la fibrillation auriculaire; 10 n'ont pas de troubles circulatoires, mais sont au même régime alimentaire que les insuffisants cardiaques.

Sur 9 sujets normaux, 4 diabétiques et sur 25 lapins. Les conclusions sont les suivantes :

Pour 1 U et 2 gr. 1/2 de glucose ou 5 gr. de saccharose, l'insuline régularise le rythme cardiaque. La conductibilité du faisceau de His est faiblement modifiée (0,01 à 0,03").

Le glucose seul ne peut pas tonifier le cœur. L'insuline seule serait nuisible aux cardiaques par hypoglycémie. La combinaison sucre-insuline a réussi dans les insuffisances cardiaques, là où avait échoué la thérapeutique tonicardiaque. Le galop, la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs cèdent, l'asthénie disparaît et la pression artérielle s'élève. Dans l'arythmie avec fibrillation auriculaire, le traitement s'est montré efficace. Dans l'hypertension avec sclérose artérielle, sucre et insuline retarderaient l'insuffisance du myocarde.

V. Aubertot.

GYNÉCOLOGIE SI OBSTÉTRICA
(Bucarest)

C. Daniel. *Le traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez la femme* (*Gynécologie si Obstétrica*, t. IX, n° 1-2, Septembre-Octobre 1933). — D. a observé, de 1924 à 1933, 38 cas de tuberculose génitale sur 266 cas divers d'annexite chronique opérés à la clinique gynécologique de Bucarest, soit un pourcentage de 10,70 pour 100 qui se rapproche des chiffres de Moulonguet (10 pour 100) et de Villard, de Lyon (12,2 p. 100).

Sur les 38 cas, 2 étaient une tuberculose primitive du corps utérin, 3 une tuberculose annexielle isolée, 5 une tuberculose utéro-annexielle. Si la tuberculose utérine isolée est rare (5,26 pour 100) sa coexistence avec la tuberculose annexielle est plus fréquente (13 pour 100).

En pratique, la tuberculose génitale est la tuberculose des trompes, car elle représente 95 pour 100 des localisations de cette affection sur l'appareil génital de la femme.

D. admet l'existence d'une tuberculose à *type génital* (utérine, annexielle ou utéro-annexielle) et une seconde forme à *type abdominal*.

Le type génital a peu de tendance à envahir la cavité abdominale, l'aspect clinique est celui d'une salpingite chronique kystique ou non, à prédominance de forme pyogène (50 pour 100). Le type génital est le plus fréquent (60 pour 100). La forme abdominale ou péritonéale, l'extension au péritoine et à l'intestin est très fréquente et les lésions prennent l'aspect de la péritonite tuberculeuse (ascitique, plastique, suppurée).

Sur 38 cas, l'intervention fut pratiquée 36 fois par voie abdominale, 2 fois par voie vaginale. Dans 24 cas, elle consista en hystérectomie subtotale avec ablation bilatérale; dans 5 cas, ce fut une intervention conservatrice avec interventions diverses.

Enfin, dans 7 cas de tuberculose ulcéro-caséeuse ou d'ascite tuberculeuse, on fit une laparotomie simple.

Suites opératoires: 28 guérisons assez rapides (de 2 à 6 semaines); dans 10 cas, il y eut fistules diverses qui guérirent.

Les résultats tardifs sont les suivants: sur 17 cas opérés revus de 1 à 9 ans après, D. note 13 guérisons définitives, 3 améliorations, 1 décès. D. est pour l'intervention dans tous les cas où elle est possible.

L'intervention idéale est l'intervention radicale, telle que J.-L. Faure la préconisa au congrès de Rome en 1902.

Henri Krauter.

V. Ursu. *Inondation péritonéale d'origine ovarienne* (*Gynécologie si Obstétrica*, t. IX, n° 1-2, Septembre-Octobre 1933). — Les hémorragies intra-abdominales d'origine génitale ont été jusqu'à ces dernières années attribuées à la grossesse extra-utérine. On citait outre cette étiologie une origine utérine: sténose cervico-utérine, rupture des veines ectasiques de l'utérus fibromateux. Forgue et Massabuau ont mis en évidence la place importante qu'il faut faire à une étiologie ovarienne.

U. cite un cas d'inondation péritonéale d'origine folliculaire, et un autre par rupture d'un corps jaune kystique.

Dans les 2 cas, le début est brusque comme dans la perforation avec des signes d'hémorragie interne. On note des douleurs vives dans le pelvis, un état syncopal avec métrorragie modérée, légère défense musculaire, pouls petit, rapide, les extrémités froides, matité dans les parties déclives, parfois une légère température.

Le diagnostic différentiel d'avec l'appendicite est difficile. La localisation de la douleur serait plus médiane en dedans des points de Mac Burney et Lenz. Le signe le plus précieux c'est la ponction du Douglas.

Le diagnostic avec la grossesse extra-utérine rompue est presque impossible.

Le traitement indiqué est la laparotomie avec résection et suture de l'ovaire ou ablation des annexes malades.

Henri Krauter.

ACTA PAEDIATRICA
(Uppsala)

V. P. Joukovsky et V. N. Rousskikh (Smolensk). ***Etude clinique et anatomo-pathologique sur la tuberculose des centres nerveux chez l'enfant*** (*Acta pædiatrica*, t. XIV, 2e suppl., 1933). — J. et R., dont l'un est professeur de pédiatrie et l'autre professeur de neuro-pathologie à l'Université de Smolensk, décrivent les manifestations cliniques et les altérations pathologiques complexes de la tuberculose cérébrale qui frappe si souvent et si volontiers les enfants.

Les *formes cliniques* observées par J. et R. peuvent se répartir entre les groupes suivants:

1° Les *méningites cérébro-spinales* évoluant avec des localisations à prédominance tantôt encéphalique, tantôt médullaire.

2° Les *méningo-encéphalites* s'accompagnant de thromboses étendues qui aboutissent à de vastes hémorragies, parfois même à la destruction de parties entières du cerveau.

3° La *méningite tuberculeuse* et la *tuberculose miliaire du cerveau* et de ses *méninges*, avec des localisations variées et une séméiologie où les symptômes de la méningite et ceux des semis de granulations miliaires évoluent côte à côte, étroitement unis, en manifestant parfois une tendance à fournir des symptômes en foyer.

4° Les *tubercules solitaires* se localisant de préférence dans la portion conductrice du cerveau et formés d'une grosse masse de tubercules agglomérés, capables d'atteindre le volume d'une pomme. Le plus souvent pourtant, on rencontre des *tubercules multiples* disséminés en plusieurs régions du cerveau.

5° Les *spondylites tuberculeuses* associées à de la pachyméningite spinale et se compliquant parfois de tubercules de la moelle épinière.

6° Les *formes parainfectieuses* et *toxiques* qui ont pour base une tuberculose.

Le *diagnostic* se heurte à de grosses difficultés pour chacune des formes décrites, mais une connaissance approfondie des caractères du processus tuberculeux ainsi que des inflammations, des thromboses, des infiltrations, des ramollissements et des intoxications auxquels il peut donner lieu peut mettre sur la voie de ce diagnostic qui exige une grande expérience clinique.

On sait, en effet, combien il peut être malaisé d'identifier le premiers indices d'une méningite tuberculeuse. D'autre part il convient d'avoir à l'esprit soit les *formes foudroyantes* qui se déroulent en quelques heures, soit les *formes curables* exceptionnelles.

Dans la littérature médicale Bokay a recueilli 34 cas de guérison de méningites tuberculeuses rigoureusement diagnostiquées par la présence de bacilles dans le liquide cérébro-spinal, par des inoculations animales, par la constatation d'une choroïdite tuberculeuse, ou enfin par une autopsie lorsque la mort survenait plus tard du fait d'une récidive ou d'une autre maladie et qu'il était possible de constater les vestiges d'une tuberculose méningée.

J. et R. signalent aussi que les tubercules du cerveau peuvent se compliquer de manifestations méningées et qu'ils représentent déjà une lésion secondaire à l'atteinte tuberculeuse de quelque autre organe, de sorte qu'ils s'accompagnent de tous les symptômes propres à la lésion primitive.

G. Schreiber.

TEDAVI SERIRYATI VE LABORATUVARI
(Stamboul)

M. Roch (Genève). ***La thérapeutique par le sucre et en particulier les grandes injections intraveineuses de solution glycosée hypertonique*** (*Tedavi Seriryati ve Laboratuvari*, t. III, n° 11, 1933). — Les sucres ont une action favorable sur l'estomac en particulier chez les hyperchlorhydriques et les ulcéreux. Ils sont utiles comme médicament de fixation dans l'insuffisance du foie. Le glucose est nécessaire à la neutralisation par conjugaison de beaucoup de déchets toxiques: acides aminés, phénols, crésols.

Les injections intra-veineuses présentent, à côté de quelques inconvénients, de grands avantages; elles permettent l'emploi de solutions concentrées. R. utilise en général une solution à 20 pour 100 de glucose dont on injecte 400 cmc, ce qui représente 80 gr. de sucre et 320 calories. Il faut que la solution et tout l'appareillage soient strictement stérilisés; l'injection se fait goutte à goutte, de façon qu'il faille environ 40 minutes pour faire pénétrer les 400 cmc. Après l'injection, il y a parfois des poussées de fièvre avec frisson et quelquefois, une heure après, des malaises, sueurs, sensation de faim, palpitations, tremblements, peut-être en rapport avec une hypoglycémie réactionnelle. A part ces incidents, les injections sont bien tolérées. Au bout d'une quinzaine de jours, les veines sont sclérosées, il faut changer de région pour faire l'injection.

Les injections intra-veineuses de solution glucosée sont indiquées dans les cas d'hypoglycémie grave, chez les sujets souffrant de dénutrition et incapables de s'alimenter, chez les infectés, les intoxiqués, les insuffisants hépatiques, les ictériques, les asystoliques. On les a essayées aussi chez les brightiques hypertendus.

Les résultats sont à la fois remarquables et décevants. Remarquables car l'état général s'améliore rapidement, l'appétit se réveille, la pression artérielle s'abaisse. Décevants, car la diurèse ne se relève pas de manière appréciable et le taux de l'urée sanguine n'est pas toujours favorablement influencé. Chez les sujets gravement atteints, les bons résultats ne se maintiennent pas bien longtemps.

Il est probable que c'est surtout l'hyperglycémie momentanée et les réactions endocrines consécutives qui conditionnent l'activité thérapeutique de ces injections.

Robert Clément.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

L. Béthoux (Grenoble). ***Néphrite, amylose et néphrose au cours de la tuberculose pulmonaire chronique (A propos de 6 observations anatomo-cliniques d'albuminurie massive chez des tuberculeux pulmonaires chroniques)*** [*Annales de Médecine*, t. XXXIV, n° 3, Octobre 1933]. — B. relate en détail 6 observations de tuberculeuses pulmonaires chroniques atteintes d'albuminurie massive, dont il a pu faire l'autopsie au Sanatorium-hôpital de la Tronche.

Dans les 6 cas, on trouva des lésions de néphrite inflammatoire non folliculaire, avec, dans 5 de ces cas, une dégénérescence amyloïde rénale légère, atteignant surtout les glomérules. Cette dégénérescence amyloïde était beaucoup plus accusée dans les autres viscères, notamment dans la rate et le foie, qui, dans plusieurs cas, présentait de la dégénérescence graisseuse. L'amylose, au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, doit donc avoir une cause extra-rénale, humorale. Sanguine d'abord, elle devient viscérale par la suite, atteignant en premier lieu les gros viscères, tels que la rate, le foie, avant de se localiser au niveau des glomérules du rein où elle est en général discrète. Dans les 5 cas relatés, il y avait association néphrite-amylose, avec précession de la lésion inflammatoire de néphrite sur la lésion dégénérative d'amylose rénale.

D'une façon plus nette encore, la dégénérescence lipoïdique ou néphrose lipoïdique paraît débuter par un déséquilibre sanguin extra-rénal, pour se greffer sur la néphrite tuberculeuse beaucoup plus rarement que l'amylose. Généralement le syndrome d'Epstein est incomplet. Le traitement thyroïdien associé au régime hyperazoté n'a donné aucun résultat. Un seul cas fut net au point de vue clinique et humoral, avec lipurie et corps biréfringents. Mais, à l'inverse de l'amylose, la lipoïdose se fixe probablement d'emblée sur le rein, bien que pouvant retentir sur d'autres organes.

L'albuminurie massive survenue au cours de tuberculoses pulmonaires chroniques, ulcéro-caséeuses doit donc être considérée comme la résultante d'un trouble profond de l'organisme, qui retentit rapidement sur les viscères en général et le rein en particulier, pouvant y créer 3 types de néphropathies chroniques diversement associées: néphrite, amylose, néphrose lipoïdique. Peut-être la chrysothérapie est-elle, dans les observations rapportées, intervenue dans le déterminisme des néphropathies. L. Rivet.

ANNALES DE DERMATOLOGIE
(Paris)

Favre. ***Notes cliniques de pathologie inguinale. Bubons cancéreux d'aspect inflammatoire. Cellulites torpides en nappe de l'aine. A propos du diagnostic de la poradénite inguinale*** (*Annales de dermatologie*, t. IV, n° 10, Octobre 1933). — F. attire l'attention sur 2 faits cliniques peu connus:

1° Certaines adénopathies cancéreuses évoluent sous le masque d'adénites subaiguës, de véritables bubons. F. rapporte 4 observations de ce genre, où l'on vit une masse ganglionnaire rougir, adhérer à la peau, menacer de s'ouvrir ou s'ouvrir et laisser couler, par des fistules multiples, un liquide séro-purulent ou franchement pyoïde. Trois des malades avaient été considérés comme atteints de poradénite, l'autre comme porteur d'adénites tuberculeuses.

Or dans ces 4 cas, il s'agissait de cancers ganglionnaires du type ectodermique, sans aucune lésion visible des territoires cutanés ou muqueux; l'autopsie refusée n'a pu éclaircir le mystère de l'origine de ces cancers ganglionnaires.

2° F. étudie ensuite une variété particulière d'inflammation de la région inguinale qu'il appelle *cellulo-dermite torpide et extensive de l'aine* et dont il a observé 3 cas.

On note à l'aine une plaque dure, étalée, formant un plateau régulier, sans aucun relief ganglionnaire, de consistance ferme, dure, sans noyaux; aucune rétraction, aucune adhérence aux plans profonds. Ce blindage peut dépasser la région inguinale et déborder sur le triangle de Scarpa ou la région pubienne.

La biopsie montre l'absence de toute participation des ganglions à la constitution des lésions. Le tissu cellulo-adipeux de l'aine est le siège d'une inflammation sclérogène étendue qui fait disparaître sur de larges surfaces le tissu cellulo-adipeux.

La nature de ces lésions est encore obscure. 2 malades étaient des syphilitiques, mais le traitement a peu modifié les lésions.

Cette cellulo-dermite est bien différente de la poradénite; dans celle-ci, la cellulite est une cellulite d'accompagnement; elle ne masque jamais la lésion principale, la tuméfaction des ganglions inguinaux ou iliaques, aux masses lobulées. L'aspect histologique est également différent.

R. Burnier.

Halty. ***Les formes cliniques du granulome vénérien*** (*Annales de dermatologie*, t. IV, n° 12, Décembre 1933). — Le granulome vénérien est une affection limitée à la peau et aux muqueuses orificielles de la zone génitale; elle est auto-inoculable, probablement contagieuse et d'origine vénérienne.

H. décrit 5 formes cliniques de cette affection:

1° La *forme vulgaire, ulcéro-végétante*, où l'on note une vaste lésion ulcéro-végétante de la région génito-glutéo-inguinale, ulcération superficielle saignant facilement et sécrétant un liquide séreux abondant et fétide; le fond est végétant.

2° La *forme ulcéreuse*, où le processus ulcératif prédomine sur la néoformation. L'ulcération, à bords taillés à pic, marche rapidement et peut causer des dégâts considérables, surtout quand elle siège sur les muqueuses.

3° La *forme hypertrophique*, qui se distingue par l'exagération de la réaction proliférante; des masses végétantes, hautes de quelques centimètres, peuvent recouvrir le fond de l'ulcération; leur surface est cérébriforme ou moutonnée; elles simulent des végétations simples ou néoplasiques.

4° La *forme éléphantiasique*, ordinairement associée à la forme ulcéro-granuleuse, et rappelant le tableau des éléphantiasis de la région génitale; les grandes et petites lèvres, le clitoris sont hypertrophiés et donnent au toucher une sensation de résistance fibreuse.

5° La *forme nodulaire*, qui se caractérise par la présence de nodules gros comme un pois à une cerise, qui persistent pendant un certain temps, puis régressent sans s'ulcérer. La marche de cette forme est très lente et son pronostic bénin; les régressions cicatricielles sont ici fréquentes et étendues.

Il existe enfin des *formes mixtes* où les formes précédentes s'associent et se combinent en tableaux complexes. R. Burnier.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

H. Baruk. ***La catatonie colibacillaire, expérimentale et clinique*** (*Annales Médico-psychologiques*, année XCI, t. II, n° 4, Novembre 1933). — Des deux toxines sécrétées par le colibacille, isolées par Vincent, l'une, thermolabile, présente, selon cet auteur, des propriétés neurotropes. Injectée au lapin, elle détermine des paralysies, puis le coma et la mort.

B. a entrepris son étude expérimentale du point de vue psychiatrique. La toxine a été obtenue à partir de l'urine d'une malade, atteinte de pyélonéphrite colibacillaire puerpérale avec confusion onirique, et d'autres cultures colibacillaires.

Les injections sous-cutanées de toxine déterminent, chez les mammifères, un syndrome catatonique complet, avec négativisme, impulsions, déséquilibre végétatif vasculaire et oculaire, catalepsie. Ces phénomènes apparaissent plus nets que dans la catatonie par la bulbocapnine, et leur origine psychique plus manifeste.

Ces faits engageaient à essayer la sérothérapie anti-colibacillaire chez les hébéphréno-catatoniques. A haute dose, elle atténue les symptômes de catatonie chez les animaux intoxiqués expérimentalement par la toxine. Elle a produit des modifications importantes de la symptomatologie d'un malade, atteint de catatonie au cours d'une colibacillose.

G. d'Heucqueville.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

Eskil (Jönköping, Suède). ***Antéhypophyse. Fonction sexuelle et hypertonie essentielle*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 30, 21 Juillet 1933). — Dans ces dernières années, on a décrit une forme rare de cachexie hypophysaire, la maladie de Simmonds. On y remarque : une tension artérielle et un métabolisme basal diminués, de l'hypoglycémie, de l'hypothermie, du délire, de la faiblesse, des sensations de froid.

Au contraire, dans l'hypertonie essentielle, on observe une augmentation générale de toutes les fonctions, le sujet se sentant plein de vigueur avec « trop de vitalité », on observe alors des signes inverses de ceux de la maladie de Simmonds.

E. établit à ce sujet les notions suivantes:

1° S'il y a une atteinte des glandes endocrines dans l'hypertonie essentielle, il faut incriminer l'antéhypophyse et les glandes sexuelles.

2° D'après Brenning, 60 pour 100 des femmes acromégaliques ayant passé la ménopause sont atteintes d'hypertonie essentielle alors que chez les autres acromégaliques on trouve un taux bien inférieur.

3° La maladie de Simmonds et l'hypertonie essentielle sont en quelque sorte opposées; des facteurs étiologiques différents doivent donc intervenir dans les deux cas.

4° L'acromégalie et l'hypertonie essentielle pré-

sentent des similitudes cliniques: en particulier, glycosurie avec hyperglycémie.

5° Il est logique de penser que l'antéhypophyse joue un rôle important dans l'hypertonie essentielle.

6° Lucke a isolé une hormone « anti-insuline » qui agit sur le métabolisme des hydrates de carbone d'une manière inverse de celle de l'insuline. Il admet que le diabète chez les acromégaliques est dû à une hyperproduction de cette hormone.

Si cela est vrai, le diabète de l'hypertonie essentielle aurait la même cause que celle-ci.

Guy Hausser.

K. P. Eiselsberg (Vienne). ***Vomissements nutritivo-allergiques et hypoglycémie spontanée*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 39, 22 Septembre 1933). — E. a observé une jeune femme vomissant constamment après l'absorption de certains aliments en quelque sorte spécifiques: lait, œufs, café, thé, viande de porc. Ces vomissements provoquaient un soulagement immédiat. En leur absence, la malade souffrait pendant deux heures après les repas. E. pense qu'il s'agit d'une affection nutritivo-allergique. La malade serait sensibilisée vis-à-vis de différents aliments.

On sait que si l'on donne avant les repas (un quart d'heure environ) 0 gr. 10 à 0 gr. 20 de peptone correspondante à l'aliment anaphylactigène on n'observe aucun choc.

E. a utilisé une combinaison de 29 peptones différentes pour désensibiliser la malade (méthode de Urbach). La guérison a été obtenue. En même temps, il a observé qu'en donnant un aliment anaphylactogène, on observait chez cette malade de l'hypoglycémie (63 milligr.). Or, en administrant le mélange de peptones préventivement, la glycémie était de 95 à 100 milligr.

Pour E., cette hypoglycémie spontanée expliquerait l'asthénie intense de la malade et son intolérance pour les hydrates de carbone. On ne sait quelle relation existe entre l'hypoglycémie et le choc anaphylactique. Zunz et Labarre ont constaté leur corrélation chez le cobaye. Il semble que l'hypoglycémie spontanée constatée à ce moment soit seulement le symptôme tardif d'un choc anaphylactique.

Guy Hausser.

R. Milner. (Leipzig). ***Les rhumatismes nerveux. Maladie générale, cependant inconnue jusqu'ici comme maladie spéciale des femmes et des jeunes filles*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 40, 1er Octobre 1933). — D'après M. il existerait actuellement un rhumatisme nerveux pouvant présenter de multiples manifestations qui serait cinq fois plus fréquent chez le sexe féminin. Il l'a vérifié sur plus de la moitié de la population féminine de Leipzig.

Pour les hommes, il dépendrait du genre de travail, particulièrement de l'exposition aux intempéries.

Il atteint, en général, les jambes, les pieds. Fréquemment douloureux, on le confond avec le pied en *varus équin*. Aux membres supérieurs, ce rhumatisme rayonne autour de l'articulation acromio-claviculaire, irradie jusqu'aux doigts, au cou, à l'omoplate, à l'aisselle.

Au tronc, il peut entraîner des erreurs de diagnostic et des interventions inutiles.

La cause la plus fréquente de ce rhumatisme est l'habillement trop léger. On peut ainsi l'observer même chez les écoliers et les sportifs.

On peut en faire la prophylaxie en évitant le froid et en portant des vêtements adaptés aux circonstances atmosphériques.

Guy Hausser.

F. R. Lasch et **K. Triger** (Vienne). ***Aspect des globules rouges du sang normal et pathologique pendant la sénilité*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 40, 1er Octobre 1933). — L. et T. ont examiné plus de 150 sujets âgés au minimum de 60 ans. En général, on a trouvé chez les vieillards une hyperchromatophilie. Ils ont envisagé les 3 cas suivants:

1° Chez des vieillards normaux, l'indice de coloration augmente avec l'âge. Le nombre d'érythrocytes atteint ou dépasse 4.000.000. Le taux d'hémoglobine est normal; donc il y a hyperchromatophilie sans anémie de Biermer.

2° L'anémie de Biermer chez les vieillards (Schlesinger, Nägeli). Elle a un mauvais pronostic étant donné les complications cardiaques. Chez ces malades, d'après L., il y aurait manque d'HCl dans l'estomac. Plus de 35 pour 100 d'achylie. En outre, leucopénie, neutropénie et lymphocytose. Pas de glossite, ni d'atrophie de la langue. Cependant, si l'on fait des transfusions sanguines, des administrations de foie frais (Whipple), en 3 à 5 semaines l'anémie peut être jugulée.

3° Anémies atypiques ou secondaires. Les premières sont rares. Pour les secondes, souvent suite de tuberculose (panmyélophtisie), toutes les médications échouent. Le foie et le fer peuvent seuls avoir une action passagère.

Guy Hausser.

E. Wehner (Stuttgart). ***La stérilisation de l'homme par vasectomie et ses conséquences*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 43, 20 Octobre 1933). — W. observe qu'il n'est pas nécessaire de castrer les sujets. Il suffit d'interrompre les canaux déférents. Il ne suffit pas de les lier, mais il faut les réséquer sur 2 à 3 cm. On fera une anesthésie locale. Le meilleur point d'intervention est situé au niveau de l'anneau inguinal externe.

Indications:

a) S'il y a des dangers d'épididymites après des cathétérismes continuels suites de prostatectomie.

b) Tuberculose testiculaire unilatérale. On éviterait ainsi la bilatéralisation.

c) L'hypertrophie prostatique serait notablement améliorée par la vasectomie.

d) Certaines maladies nerveuses (état dépressif, démence précoce, paralysie agitante) sont améliorées.

e) Cure de rajeunissement pour Steinach.

Que devient alors le testicule? Pour Bardenheuer, l'aptitude au coït persiste normalement. Posner en ponctionnant des testicules a retrouvé des spermatozoïdes 10 ans après une vasectomie.

Histologiquement, Paltauf n'a observé aucun changement. Tiedje a constaté une simple dégénérescence de l'épithélium des canaux déférents avec conservation des spermatogonies. Cependant, si la ligature était faite entre testicule et épididyme, il n'y aurait pas de régénérescence testiculaire.

Changements psychiques et corporels de l'individu. — Selon Steinach, disparition de la neurasthénie, augmentation de la force musculaire, du poids, de la puissance sexuelle. Mais beaucoup d'auteurs ont controuvé ses dires.

Kutner, après vasectomie double, aurait noté une augmentation de la libido par testiculotoxicose, une substance excitante formée dans les testicules ne pouvant alors s'éliminer.

Suivant Zondek et Lœwy, il y aurait augmentation des échanges respiratoires.

En général, les auteurs se contredisent, quant aux résultats de la vasectomie. Il faut retenir d'ailleurs que jusqu'ici on a opéré surtout des sujets séniles. Il faudrait actuellement préciser la technique et poser des indications formelles qui éviteraient selon W. la procréation d'enfants tarés constituant une lourde charge sociale.

Guy Hausser.

R. Halmos (Presbourg). ***Etude sur le gastroscope flexible de Schindler-Wolf*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 46, 10 Novembre 1933). — Ce gastroscope est muni de nombreuses lentilles qui permettent la visibilité malgré la courbure que peut prendre l'appareil. Les examens se font le matin à jeun (éviter le lavage). On prépare psychiquement le malade. Une demi-heure avant l'examen injecter 1 à 2 centigr. de pantopon et 1/2 à 1 milligr. d'atropine pour supprimer une sécrétion gastrique gênante. Localement, anesthésie par attouchements à la percaïne.

Il faut bien contrôler que l'on passe dans l'œsophage, et attendre la fin du spasme des constricteurs du pharynx et du cardia. En même temps, on insuffle une petite quantité d'air pour maintenir le tube en position correcte. Dans l'estomac, il faut éviter les mouvements verticaux qui sont très douloureux pour le patient, contrairement à ceux de torsion.

On peut examiner surtout la grande courbure, la face antérieure et une grande partie de l'antre. Le pylore est vu dans 50 pour 100 des cas. Pour voir la petite courbure, il faut incliner le tube le plus à droite possible.

On ne peut, d'ailleurs, décrire de technique spéciale pour voir. Il est nécessaire de s'y habituer par la pratique.

Sur 202 recherches, H. a eu 99 pour 100 de succès (sujets âgés de 16 à 77 ans). Dans 13 pour 100 des cas, il y a eu un peu de spasme consécutif. La durée moyenne de l'examen est de 4 à 5 minutes. Le maximum de 12 minutes. 2 cas se sont accompagnés d'élévation thermique. Dans quelques cas, surtout chez les névropathes, il y a des vomissements.

H. a constaté 44 pour 100 de gastrite chronique, 4 pour 100 seulement d'ulcus. Chaque fois, il contrôle ces résultats par ceux de la radiographie.

Dans 10 cas d'ulcus constatés, 3 seulement ont été retrouvés avec le gastroscope et, d'autre part, 6 érosions ont été vues qui étaient passées inaperçues, mais H. insiste sur ce fait qu'il est difficile de bien voir le pylore au gastroscope.

Pour les néoplasmes, 15 ont été vus sur 22 radios.

En résumé, le gastroscope est surtout utile pour confirmer une gastrite chronique et peut l'être pour les ulcus. Quant au cancer, ses images typiques ne sont vues que trop tardivement, à la période d'état. H. pense qu'à l'avenir l'endoscopie se perfectionnera encore et permettra de voir à temps les infiltrations malignes non encore constatables à la radio.

Guy Hausser.

E. Szasz. (Tatra-sanatorium Altschmecks). ***Elimination de l'iode chez les sujets normaux et hyper-thyroïdiens dans le climat de haute montagne*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 47, 17 Novembre 1933). — L'iode est éliminé par les urines, la peau, l'intestin, les poumons. Pour la peau, le sujet est plongé dans un bain et l'on recueille l'iode. Pour l'iode pulmonaire, on recueille pendant 20 minutes, 2 ou 3 fois par jour, l'air expiré que l'on fait passer sur de la potasse. Quant aux intestins, on soumet le patient à un régime spécial où il n'absorbe qu'une quantité définie d'iode par jour. Pour les urines, on les brûle à 300° (Scheffer); l'iode est extrait par l'alcool puis déplacé avec CCl^4 titré.

Les habitants de Tatra, supposés normaux, ont des chiffres d'élimination, de 14 pour les reins et de 10 pour la peau. Chez les visiteurs normaux, on compte 17-18 pour les reins, 7-8 pour la peau. Chez les hyperthyroïdiens, 21-22 pour les reins, 10 pour la peau. Pour les basedowiens, 26 pour les reins, 7-8 pour la peau. Dans tous ces cas il faut tenir compte de l'augmentation de l'iode expiré en raison de l'exagération de la ventilation pulmonaire dans les montagnes.

En résumé S. admet que l'élimination d'iode est à peu près constante chez les sujets normaux en haute montagne tandis que chez les basedowiens elle est très capricieuse, témoignant du trouble du métabolisme de l'iode.

Guy Hausser.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

K. Muller. ***Le traitement de la maladie de Basedow par l'ergotamine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t LXXX, n° 45, 10 Novembre 1933). — Après les expériences physiologiques démontrant l'action antagoniste de l'ergotamine vis-à-vis du sympathique et de la thyroxine, une série de constatations cliniques ont prouvé l'influence thérapeutique de l'ergotamine et de son dérivé le gynergène, sur les cas de maladie de Basedow.

En particulier, la tachycardie et les signes fonctionnels sont atténués, alors que des résultats contradictoires sont obtenus en ce qui concerne le M. B.

Mais quelques phénomènes d'intolérance ont été signalés et témoignent de la nécessité d'administrer le médicament prudemment et à bon escient.

Une malade observée par M. avait été traitée simultanément par des injections de gynergène et la radiothérapie du corps thyroïde. Elle présenta des troubles circulatoires des extrémités qui évoluèrent, au niveau du membre inférieur droit, vers la gangrène sèche de plusieurs orteils, non enrayée par la cessation du traitement.

Après chute des orteils et guérison de la gangrène on constata l'amélioration notable du syndrome basedowien, avec M. B. redevenu normal, alors que plusieurs tentatives thérapeutiques antérieures avaient échoué. Le danger du traitement, surtout par voie sous-cutanée, mérite cependant d'être signalé.

G. Dreyfus-Sée.

H. Curschmann. ***La valeur diagnostique de la réaction de sédimentation au cours des infections aiguës*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 45, 10 Novembre 1933). — Très utilisée dans les affections chroniques où elle rend de grands services, cette réaction a été peu étudiée au cours des maladies aiguës. Elle serait, là aussi, susceptible de fournir des données diagnostiques importantes.

Dans la typhoïde (202 cas), dans 85 pour 100 des cas la vitesse est abaissée, normale ou peu augmentée au début de l'affection. Dans la 2e semaine la moitié des cas présente une notable accélération qui persiste habituellement la 3e et même la 4e et la 5e semaine pour s'abaisser lentement durant la 7e. Elle demeure souvent encore accélérée pendant toute la convalescence.

Une courbe analogue est observée dans les paratyphoïdes. La maladie de Bang, dont le diagnostic différentiel avec les infections typhiques est souvent à discuter, présente habituellement une vitesse de sédimentation diminuée ou peu augmentée durant les 3 premières semaines.

La dysenterie offre des variations considérables de sa V. S.; tantôt diminuée, tantôt augmentée, elle ne peut être utilisée pour le diagnostic.

Par contre elle serait toujours augmentée au début de la scarlatine (350 cas); durant l'évolution elle s'abaisse lentement dans les cas simples et son élévation nouvelle annonce une complication.

Dans la rougeole on la trouve très augmentée durant les premiers jours de fièvre et d'éruption, puis elle s'abaisse brusquement à la normale en même temps que la chute fébrile. Des complications déterminent une nouvelle accélération. Cette chute critique morbilleuse s'oppose donc à la courbe en lysis de la scarlatine.

Lors d'angines simples ou diphtériques les résultats sont superposables. Les premiers jours le plus souvent vitesse diminuée ou peu augmentée; à partir du 4e jour accélération notable dans 90 pour 100 des cas durant jusqu'au 12e, au 14e jour, donc persistant après la chute fébrile pour ne redescendre que vers la 3e semaine.

La comparaison avec l'évolution des chiffres leucocytaires est intéressante à poursuivre.

L'étude systématique de la réaction de sédimentation fournit donc dans les maladies aiguës infectieuses des éléments diagnostiques et pronostiques importants.

G. Dreyfus-Sée.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
(Berlin)

Helmunt Kraatz. ***Le traitement des affections cardiaques au cours de la grossesse et à l'accouchement*** (*Fortschritte der Medizin*, n° 49, 11 Décembre 1933). — Dans un premier chapitre, K. pose la question toujours difficile à résoudre des rapports qui existent entre un cœur malade et un organisme physiologiquement modifié.

Durant la grossesse, non seulement les organes génitaux mais encore le sytème circulatoire et le cœur subissent des modifications. Le cœur subit, en outre, une augmentation de travail dans des conditions souvent défavorables. Pourtant, il peut s'y adapter progressivement durant la gestation.

A l'accouchement, au contraire, cette adaptation n'existe pas et chaque phase de celui-ci a son moment difficile. A la dilatation, où les contractions utérines refoulent le sang vers le cœur droit; au moment des douleurs en raison des phénomènes vaso-moteurs; à l'expulsion où l'effort atteint son maximum.

La thérapeutique vise à deux buts: soulager et soutenir le cœur.

Pendant la grossesse, la modération dans les travaux habituels, le repos, faciliteront le travail du cœur. Il faut surveiller l'alimentation, éviter la constipation, le météorisme abdominal. Enfin, la saignée peut être utile en présence d'une insuffisance rapide avec stase pulmonaire.

A l'accouchement, il faut réduire le travail au minimum par une prise de forceps. Ensuite, K. conseille de comprimer la paroi abdominale avec un sac de sable humide dont le poids est égal à celui de l'enfant.

L'intervention doit dépendre de l'état du cœur et de la situation obstétricale. C'est pourquoi, dans certains cas, on peut intervenir par voie vaginale; dans d'autres on aura recours à la césarienne ou même, si la vie de la mère est en danger, on n'hésitera pas à faire une embryotomie.

L'anesthésie sera variable. K. conseille l'éther ou le pernocton, celui-ci associé à l'éther, comme anesthésique de base, ou une rachi ou une anesthésie locale. Ce choix dépend avant tout de l'état de la malade.

Le soutien du cœur dépend d'une thérapeutique médicamenteuse, mais le traitement est le même qu'en dehors d'une grossesse.

Pendant la grossesse, en présence d'une décompensation, la digitale et le strophantus, atténués avec la scille, sont indiqués à petites doses pendant un temps assez court.

Les troubles du rythme sont combattus grâce à la quinidine ou la quinine en se méfiant également des trop fortes doses. En présence de tachycardie paroxystique, il faut avoir recours à la teinture de valériane et même à la dionine ou la morphine.

S'il faut agir rapidement surtout au moment de l'accouchement, on aura recours au camphre: rarement à l'huile camphrée, mais surtout à des préparations facilement résorbables: héxétone, cardiazol-coramine. Celles-ci agissent plus sur les vaso-moteurs et le centre respiratoire que sur le cœur.

L'usage du sympatol a donné de bons résultats dans le collapsus vasculaire.

En cas d'hémorragie abondante, on fera usage de solutions de chlorure de sodium et de glucose à 5 pour 100.

K. rapporte ensuite un certain nombre d'observations. Elles lui permettent de conclure que les cas favorables sont ceux où le traitement a été longtemps prolongé au cours de la grossesse et établi dès les premiers signes de décompensation.

Les cas défavorables ont correspondu à une thérapeutique mal établie. Les accidents observés ont toujours correspondu à des cas de sténose mitrale.

Dans un troisième chapitre, K. aborde la question de l'interruption de la grossesse. En général, il la condamne, mais elle est cependant nécessaire, dans certains cas, en présence d'une endocardite récente, d'une myocardite ou d'une péricardite, d'un rétrécissement pulmonaire congénital; ou encore si une autre affection survient compliquant encore la situation, néphrite, diabète, tuberculose.

Il faut considérer aussi l'âge de la grossesse. S'il s'agit d'une grossesse avancée, il faut essayer de la prolonger le plus possible. Si elle est à son début on peut au contraire l'interrompre.

Enfin, dans certains cas, il faut empêcher la possibilité d'une grossesse ultérieure.

En résumé, la morbidité et la mortalité chez les cardiaques au cours de la grossesse et de l'accouchement peuvent être très réduites par une thérapeutique judicieuse.

Mais il faut bien savoir apprécier l'état du cœur et éviter par un traitement approprié les accidents d'insuffisance aiguë.

Goyer.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE
(Leipzig)

Nis Hansen-Möller. ***La mesure de la température cutanée pendant la narcose et sa signification au point de vue du pronostic*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXLI, fascicules 3, 4, 5, Septembre 1933). — D'après un assez grand nombre d'observations, N. croit pouvoir conclure que la mesure de la température cutanée chez les sujets soumis à un mode quelconque d'anesthésie permet de porter un pronostic sur l'issue de l'intervention chirurgicale. Au cours de l'anesthésie générale par inhalation d'éther, la température mesurée au niveau de la peau plantaire, après un intervalle libre de dix à vingt minutes, s'élève de 5 degrés, et demeure à 35° pendant toute la période d'anesthésie complète.

Au cours de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, l'intervalle libre est de courte durée, il est de plus longue durée avec l'anesthésie au rectanol et chez les alcooliques; plus cet intervalle est long, moins bon est le pronostic. C'est ainsi que sur 10 malades chez lesquels cet intervalle libre était supérieur à la normale, 8 opérés succombèrent. Au cours de la rachianesthésie, l'intervalle libre manque ou est de courte durée, mais l'ascension thermique ne dépasse pas 3°5. Avec l'anesthésie locale, il n'y a ni intervalle libre, ni modifications de la température. Lorsqu'on pratique une opération sur le corps thyroïde, l'ablation du premier lobe détermine d'abord une chute de température, puis lorsque le second lobe est enlevé, la température s'élève très sensiblement.

Ainsi donc la vasodilatation des artères cutanées au cours de l'anesthésie générale complète comporterait un bon pronostic du point de vue des suites opératoires.

P. Wilmoth.

F. Becker (Erlangen-Giessen). ***Contribution aux résultats éloignés du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXLI, fascicules 3, 4,


Doses moyennes:
ADULTES
1 cuillerée à café de granulé 2 fois par jour, un quart d'heure avant les repas.......
ENFANTS
DEMI DOSES
SEROMA REY
SÉRUM TOTAL ATOXIQUE ACTIVÉ GRANULÉ
LABORATOIRES REY_ DIJON-FRANCE
1 Cuillerée de Seroma contient près de son poids de sérum d'équidés
Indications
Surmenages
Dépressions
Anémies
Convalescences
Hémorragies
etc. etc.

5 Septembre 1933). — Statistique de résultats échelonnés sur une période variant entre 5 et 20 ans après la réduction orthopédique selon Lorenz de la luxation congénitale de la hanche. Les radiographies montrent que dans 75 pour 100 des cas la réduction anatomique n'est pas obtenue, et dans ce chiffre on relève 40 pour 100 de reluxation. Malgré cela, dans 75 pour 100 de tous les cas observés, que la luxation soit uni ou bilatérale, le résultat fonctionnel est satisfaisant.

P. Wilmoth.

Ota Slovacek (Troppau). ***Contribution à la blessure de l'appendice et son inflammation traumatique*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXLI, fascicules 3, 4, 5, Septembre 1933). — Un enfant de 9 ans passe sous les roues d'une voiture: syndrome de contusion abdominale; opération 4 heures après l'accident, il y a du liquide sanglant dans la cavité péritonéale, sur l'iléon à 15 centimètres de la valvule de Bauhin la séreuse est détruite en deux endroits; l'examen de l'appendice montre qu'il y existe une perforation près de la pointe. Appendicectomie. Drainage. Guérison. L'examen histologique a montré une inflammation des tuniques de l'appendice; en outre dans la lumière de l'appendice il y avait du sang et du pus. O. range cette observation dans la classe des appendicites traumatiques dont il n'existe qu'une dizaine d'observations probantes. Etant donné que l'intervention a eu lieu quatre heures après le traumatisme, il est peu vraisemblable que la suppuration appendiculaire résulte du traumatisme, mais on peut admettre que le traumatisme ait déterminé la perforation d'un appendice déjà enflammé.

P. Wilmoth.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Zaun. ***Cautérisation des hémorroïdes par la glycérine phéniquée*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 36, 9 Septembre 1933). — Z. a traité avec des résultats satisfaisants 90 malades, hommes et femmes, atteints d'hémorroïdes par des injections locales de glycérine phéniquée, de concentration variant de 50 à 80 pour 100.

On infiltre les tissus avec de petites doses du médicament (0 cmc 4 à 0 cmc 5), en ayant soin de ne pas pousser l'injection trop près de la muqueuse, sous peine de voir apparaître des ulcérations superficielles. Ces ulcérations, si elles se produisent, guérissent d'ailleurs avec les bains locaux de permanganate de potasse et la pommade boriquée.

On n'a jamais observé avec cette méthode de graves hémorragies, ni de troubles dans la fonction sphinctérienne. Les récidives sont rares.

R. Burnier.

Monacelli et Montesano. ***La pathogénie de la pelade*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 39, 30 Septembre 1933). — M. et M. ont étudié chez les peladiques diverses réactions cutanées: scarifications, applications de solution d'adrénaline, de caféine, de morphine.

Qu'il s'agisse de réactions cutanées traumatiques ou pharmacodynamiques, ils ont toujours observé une prédominance des réactions du type ischémique et constamment, soit l'absence totale, soit un retard notable des phénomènes de vasodilatation.

Ils concluent que, dans la pelade, il existe au niveau des plaques une dystonie du système nerveux sympathique, qui se traduit par une diminution des réactions habituelles vasomotrices.

Ces recherches confirment donc les recherches antérieures de Lévy-Frankel et Juster et semblent s'opposer aux conclusions de Roxburgh.

R. Burnier.

Schreus et Engelhardt. ***Traitement combiné du lupus vulgaire par le régime et les rayons limite*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 45, 11 Novembre 1933). — S. et E. ont traité des lupus tuberculeux par le régime déchloruré de Gerson associé à l'irradiation par les rayons limite de Bucky. Ils ne dépassèrent jamais la dose de 1.500 R. par séance; il faut obtenir l'apparition d'un érythème avec gonflement local au bout de 3 à 8 jours; la durée de cet érythème varie de 1 à 3 semaines.

Des résultats favorables apparaissent dès les premières irradiations, mais surtout aprs 5 à 6.000 R., c'est-à-dire après la 4e ou 6e irradiation; les séances ont lieu tous les 10 jours, mais si l'érythème persiste, on attendra sa disparition pour faire une nouvelle application.

Les différentes formes de lupus vulgaire sont favorablement influencées par ce traitement mixte. Un cas de sarcoïde de Boeck, vérifiée histologiquement, fut complètement guéri.

Cette méthode est peu coûteuse, peut être faite ambulatoirement, alors que les malades continuent leurs occupations; les réactions sont faibles et peu douloureuses.

R. Burnier.

Th. Gruneberg. ***L'hépatothérapie dans le psoriasis*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 51, 23 Décembre 1933). — En 1929, Spiethoff signalait les bons effets qu'il avait obtenus dans le traitement du psoriasis par le foie; les résultats étaient peu nets sur l'éruption elle-même, mais très favorables sur les récidives.

G. a utilisé des injections d'extrait de foie et l'absorption *per os* de préparations hépatiques ou de foie frais.

G. constate, comme Spiethoff, que le foie diminue la tendance aux récidives, mais qu'il agit aussi favorablement sur les lésions cutanées déjà existantes. L'effet thérapeutique semble plus marqué quand les malades ont été en même temps exposés à l'action de rayons lumineux.

On note également une diminution de la durée du traitement, quand on utilise en même temps les moyens locaux habituels.

Le mécanisme de l'action du foie est encore obscur. Peut-être agit-il en augmentant le taux du soufre et du glutathion.

R. Burnier.

PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

R. Castex, L. E. Ontenada, F. M. Solanet. ***La cisternothérapie. Technique des injections dans la grande citerne*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 32, 9 Août 1933). — L'injection de substances médicamenteuses dans les espaces sous-arachnoïdiens permet de tourner la barrière hémo-encéphalique, laquelle s'oppose au passage des éléments du sang dans le névraxe.

Par la voie lombaire habituelle, les substances injectées parviennent difficilement à concentration utile au contact des centres encéphaliques. Leur ascension est contrariée par la pesanteur, la circulation de haut en bas du liquide.

La grande citerne communique immédiatement avec les ventricules (par le trou de Magendie) et les espaces sous-arachnoïdiens craniens et rachidiens. Les colorants qu'on y injecte sur le cadavre se répartissent d'une manière homogène.

En thérapeutique humaine, l'on y a injecté avec succès, le sujet couché sur le ventre, tête fléchie, des sérums (anti-tétanique, anti-méningococcique, anti-pneumococcique), des agents neurotropes (caféine, lobéline, luminal sodique), ou chimiothérapiques (quinine, trypaflavine).

C., O. et S. administrent par cette voie le sérum salvarsanisé (sérum du sujet, recueilli dans un appareil spécial, inactivé et salvarsanisé *in vitro*). Exposé détaillé de la technique de l'injection cisternale.

G. d'Heucqueville.

R. A. Bullrich. ***Les variations posturales des pressions artérielle et veineuse à l'état normal et pathologique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 38, 20 Septembre 1933). — Les phénomènes d'angor de décubitus sont instructifs pour l'étude des tensions posturales. Dans le décubitus, le cœur est soumis à une distension notable, laquelle augmente le travail qu'il doit fournir. Ce dernier ne s'abaisse d'ailleurs pas dans le sommeil. On vérifie la dilatation de l'organe, dans l'angine de décubitus, par la percussion et la radioscopie.

Depuis Potain, l'école française admet que la tension artérielle s'élève quand le sujet passe de la position verticale à la position horizontale. B. conclut de l'observation de 46 sujets que, dans la majorité des cas, la tension maxima s'élève en position horizontale, la minima demeurant invariable; dans quelques cas, la minima elle-même est augmentée.

B. a mesuré aussi la pression veineuse au bras, par ponction de la veine, dont le sang est mis en communication avec le manomètre de Claude. Comme la tension artérielle, la tension veineuse s'élève en position horizontale, mais dans des proportions plus considérables. Dans les affections cardio-vasculaires, l'insuffisance aortique en particulier, la différence entre les chiffres correspondant aux deux positions est exceptionnellement large.

G. d'Heucqueville.

J. J. Spangenberg et C. R. Belgrano. ***Le syndrome pulmonaire dans les poly-adénopathies médiastinales*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 38, 20 Septembre 1933). — S. et B. ont observé une malade de 50 ans, qui présentait un syndrome pulmonaire avec toux et dyspnée paroxystique.

Début par une toux coqueluchoïde. Puis surviennent des accès de dyspnée paroxystique impressionnants, cédant parfois spontanément, réclamant parfois une thérapeutique active pour les réduire.

A l'auscultation, l'on entend, dans la région interscapulo-vertébrale, à droite et à gauche, un puissant souffle. Congestion des bases. La radiographie montre des champs pulmonaires clairs. Adhérences à la base droite. Micropolyadénopathie hilaire importante. Opacité du médiastin, en position frontale; en position oblique, opacité rétrocardiaque. Diamètres cardiaques augmentés.

L'on n'observe pas de réaction cellulaire médiastinale. Pas de signe de Broadbent. Signe d'Oliver-Carderelli négatif. Bronchophonie vertébrale vers la 8e vertèbre dorsale.

S. et B. rappellent la disposition des ganglions de la bifurcation trachéo-bronchique, et leurs rapports vasculaires et nerveux. Les souffles résultent de la transmission anormale des vibrations trachéales à travers la masse ganglionnaire, éventuellement du rétrécissement de calibre des bronches. La compression des veines est à l'origine de la congestion des bases, des hydrothorax. A la compression du récurrent se rattachent les spasmes de la glotte, les accès de suffocation, l'aphonie, la dysphagie. Enfin, les atteintes du pneumogastrique et du sympathique perturbent tout le mécanisme respiratoire intrinsèque.

G. d'Heucqueville.

R. Denis, E. J. Barès et J. D. Araoz. ***Le chloroforme dans la bronchospirochétose de Castellani*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 38, 20 Septembre 1933). — D., B. et A. rapportent l'histoire d'une malade atteinte d'aphonie, toux spasmodique avec expectorations sanglantes, mau-

vais état général. Tumeur laryngée pour laquelle on incrimine la syphilis.

Aspect radiologique de bronchite chronique, engorgement hilaire. Crachats en « gelée de groseille ». Absence de bacilles acido-résistants. Présence de spirochètes, peu nombreux, et, en outre, flore microbienne banale. Débris globulaires et épithéliaux. L'ultra-miscroscope montre des spirochètes polymorphes, particulièrement nets. Selon le mot de Castellani, le diagnostic a été trouvé « dans la salive ».

Les thérapeutiques classiques (arsénobenzols, mercure, iode, calcium, antimoine, émétine, goménol) demeurent sans résultat. On tente le chloroforme, en inhalations « à la reine », durant 25 minutes, répétées à plusieurs jours d'intervalle.

Bientôt, l'on constate la disparition totale des spirochètes à l'ultra-microscope. Seul accident du traitement : au début de la seconde inhalation, phénomènes d'ictus laryngé. Le résultat final n'en a pas été moins remarquable.

G. d'Heucqueville.

LA MEDICINA IBERA (Madrid)

E. Jaso et M. Quero Malo. ***Le traitement de la pneumonie par l'alcool intraveineux*** (*La Medicina Ibera*, t. XVII, n° 832, 21 Octobre 1933). — La méthode thérapeutique de Tursz et Landau, par les injections intraveineuses d'alcool, méritait d'être éprouvée dans la pneumonie, dont Todd signalait déjà la sensibilité à l'alcool.

Les auteurs ont traité 15 malades, 12 pneumoniques et 3 broncho-pneumoniques. Ils emploient une solution d'alcool au tiers dans le sérum physiologique, à la dose de 15 cmc de cette solution par injection chez l'adulte.

Ce traitement hâte nettement la guérison de la pneumonie. Dans les pneumonies infantiles, la mortalité est diminuée. Il abrège la durée de la maladie franche aiguë jusqu'à 5 jours ; dès le 4e jour, la fièvre tombe. La dyspnée n'est pas modifiée.

La résolution de l'infiltration est annoncée par les râles de retour que l'on peut percevoir dès le 3e ou 4e jour. La radiographie confirme cette résolution précoce. G. d'Heucqueville.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA (Madrid)

F. Fernandez. ***Epinards et sécrétion gastrique*** (*Los progresos de la clinica*, t. XLI, n° 10, Octobre 1933). — F. attire l'attention sur la recrudescence des hyperchlorhydries à la suite de repas riches en épinards.

Il étudie systématiquement le phénomène par des dosages comparés d'acide chlorhydrique libre, à jeun, après l'ingestion d'épinards, après l'absorption d'alcool et sous l'influence de l'histamine. La sécrétion qui suit l'ingestion d'épinards est plus abondante que la sécrétion correspondante à l'alcool, moins abondante que celle de l'histamine.

Cet ordre des trois excitants de la sécrétion se retrouve chez les sujets atteints d'ulcus ou de cancer gastriques : 16 observations, comportant des séries de dosages pour les 3 cas, en font foi.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

J. Outeirino, M. Calvelo et V. G. Alvarez. ***Etude des troubles de l'équilibre protéinique du plasma dans la tuberculose pulmonaire. Sa valeur pronostique*** (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, t. XXXVI, n° 43, 28 Octobre 1933). — De nombreux auteurs, au cours de ces dernières années, avaient constaté, chez une forte proportion de tuberculeux, l'augmentation du taux des globulines, du fibrinogène, des protéines totales du sérum.

O., C. et A. dosent le fibrinogène par précipitation avec le chlorure de calcium ; les globulines et les sérines par l'acétone.

Ces méthodes ont été appliquées dans 30 cas de tuberculose pulmonaire (17 processus destructifs, 10 non destructifs, 3 formes spéciales), et chez 5 sujets atteints de pneumopathies non tuberculeuses.

Le taux du fibrinogène, variant de 0,3 à 0,5 pour 100 chez les sujets normaux, s'élève jusqu'à 2 et 3 pour 100 dans les affections bacillaires, surtout dans les formes destructives. L'élévation s'exagère à l'occasion d'une aggravation, d'un accident pleural. Son étude offre une valeur pronostique certaine.

Semblable augmentation du taux du fibrinogène, premier stade de désagrégation des albumines des cellules, traduit en effet une fonte cellulaire grave.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Goldman. ***Eczéma dû au nickel*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 5, Novembre 1933). — G. rapporte 2 cas d'eczéma dus au nickel chez deux ouvriers travaillant dans le nickel.

Chez ces 2 malades, l'eczéma apparut après une courte période de contact, 2 jours dans un cas et 3 jours dans l'autre.

Ces malades présentaient une remarquable idiosyncrasie vis-à-vis de l'ion nickel. Par contre, tous 2 donnèrent des réactions négatives avec des solutions de cobalt et de chaux, ces corps ayant été incriminés comme pouvant être la cause d'eczémas chez des ouvriers travaillant dans le nickel.

Les 2 malades avaient eu auparavant des troubles allergiques, de l'urticaire dans un cas, la fièvre des foins chez l'autre.

Un des malades montra une très forte réaction après application sur la peau d'une pièce de monnaie en nickel ; au bout de 24 heures on nota une rougeur intense et de nombreuse vésicules.

R. Burnier.

Sollmann, Cole et Henderson. ***Excrétion du bismuth*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 5, Novembre 1933). — S., C. et H. ont examiné l'excrétion urinaire du bismuth après administration de diverses préparations bismuthiques : solutions aqueuses de citrate et de tartrate de soude et de bismuth, solutions huileuses et suspensions huileuses.

La courbe est assez semblable pour les diverses préparations. La montée et la descente de la courbe d'excrétion sont paraboliques, c'est-à-dire plus rapides au début, puis avec ralentissement progressif ; la deuxième injection augmente l'excrétion souvent de plus du double ; les injections ultérieures ont un effet plus lent sur la courbe.

La rapidité de l'excrétion et de l'absorption sont par ordre régressif : solutions aqueuses, solutions huileuses, suspension huileuse du tartrate, suspension huileuse du salicylate. Les solutions aqueuses de citrate sont mieux absorbées que celles de tartrate.

Le pourcentage d'excrétion est à peu près le même pour toutes les préparations : 15 à 25 pour 100 en 3 semaines ; il est plus faible pour le salicylate (4 pour 100), mais l'excrétion se prolonge beaucoup plus longtemps.

L'excrétion du bismuth par les fèces est environ 1/10 de l'excrétion urinaire et lui est parallèle.

R. Burnier.

Cannon et Karelitz. ***Vitiligo dû à une dermatite arsénobenzolique ou à l'arsenic d'origine inconnue*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 5, Novembre 1933). — C. et K. ont observé chez 3 nègres un vitiligo typique, constitué par des aires sans pigments et des aires hyperpigmentées à la suite d'une dermatite exfoliante post-novarsénobenzolique. Un des malades avait cependant quelques taches de vitiligo avant la dermatite.

Tous ces malades présentaient une rétention arsenicale ; l'arsenic fut trouvé en quantité anormale dans le sang, l'urine et la peau. Des coupes de la peau, pigmentée ou non, montraient des granules d'arsenic.

Tous les malades donnèrent une réaction cutanée positive avec différents arsénobenzols injectés en petite quantité dans le derme.

En présence de cette rétention arsenicale chez ces 3 malades atteints de vitiligo post-arsénobenzolique, C. et K. recherchèrent si l'arsenic n'était pas une des causes des vitiligos survenant chez des sujets n'ayant jamais eu d'histoire arsenicale.

Ils ont examiné 7 malades atteints de vitiligo ; 6 d'entre eux montraient une quantité anormale d'arsenic dans le sang, l'urine et la peau et des coupes de la peau contenaient des granules de trisulfure d'arsenic en plus ou moins grande quantité.

Chez 4 malades de ce groupe, des injections intradermiques de novarsénobenzol donnèrent une réaction positive.

C. et K. concluent que l'arsenic introduit dans l'organisme d'une façon quelconque (médicamenteuse, industrielle, criminelle ou accidentelle) et retenu dans le sang, l'urine et la peau constitue un facteur d'excitation dans le développement du vitiligo. L'arsenic agirait directement sur les cellules vitales de l'épiderme formatrices de pigment.

R. Burnier.

N. Wrong. ***Psoriasis pustuleux*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 5, Novembre 1933). — W. rapporte un cas observé chez une jeune fille de 15 ans de cette forme décrite par Mc Leod sous le nom de *pustular psoriasis* et siégeant aux paumes des mains et aux plantes des pieds.

Le diagnostic en est souvent difficile avec l'acrodermatite continue, les dermatomycoses, l'épidermophytie et tricophytie, l'eczéma infecté, la syphilis, les dermatites professionnelles.

Barber a montré l'importance dans un cas analogue de l'infection amygdalienne et la destruction du foyer d'infection a entraîné la régression du psoriasis pustuleux ou sa transformation en psoriasis vulgaire.

Dans le cas de W. la malade avait eu des poussée fréquentes d'angine et une amygdalectomie avait été conseillée.

Les arguments en faveur de l'existence du psoriasis pustuleux sont les suivants : coexistence ou succession de psoriasis vulgaire et de psoriasis pustuleux des mains et des pieds ; résultats négatifs de la recherche des microbes et des champignons dans les pustules et les squames, même tableau histologique que celui du psoriasis, sauf que les micro-abcès du psoriasis vulgaire sont ici suffisamment grands pour être visibles à l'œil nu.

R. Burnier.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Artom. ***Contribution à l'étude du lichen nitidus*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXIV, fasc. 5, Octobre 1933). — A. rapporte l'observation d'une fillette de 7 ans, dont les parents étaient tuberculeux, et qui elle-même avait des signes de bronchite tuberculeuse avec adénopathie trachéo-bronchique grave. Cette enfant présenta une éruption cutanée formée d'éléments variés; les uns avaient les caractères cliniques et anatomo-pathologiques classiques du lichen nitidus; les autres avaient l'aspect de tuberculides papulo-nécrotiques.

L'enfant fut soumise à une cure d'hélio et d'aérothérapie et traitée par la tuberculine par voie cutanée (pommade de Moro). Les premières frictions provoquèrent une réaction locale intense et une réaction focale des éléments cutanés et une tuméfaction des ganglions. Ce traitement donna les meilleurs résultats au point de vue général et cutané; le poids augmenta et les lésions cutanées disparurent.

A. ne considère pas, contrairement à certains auteurs, le lichen nitidus comme une variété de lichen plan, mais comme une lésion nettement distincte du lichen plan et rentrant dans le cadre des tuberculides.

R. Burnier.

Manganotti. ***Rapports du lichen géant avec les lichénifications anormales*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXIV, fasc. 5, Octobre 1933). — A propos de 2 malades qui présentaient en même temps des lésions typiques de lichen plan et des éléments hypertrophiques géants, M. étudie les caractères fondamentaux du lichen plan et des lichénifications.

Dans les diverses variétés de lichen plan, on note toujours un infiltrat dermique, diffus, continu et limité aux parties hautes du derme; dans les lichénifications, l'infiltrat est localisé autour des vaisseaux, avec foyers plus ou moins riches, disséminés tant dans la zone papillaire qu'en profondeur.

M. a pu suivre une série de faits de passage du lichen plan aux formes géantes hypertrophiques d'une part et de la lichénification simple aux formes anormales de lichénification d'autre part.

M. conclut qu'il faut admettre l'existence de formes hypertrophiques géantes du lichen plan, qui doivent être nettement séparées des lichénifications anormales.

R. Burnier.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE (Florence)

Cristoforo Rizzo. ***Existe-t-il un syndrome humoral de l'échinococcose de l'encéphale ?*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. XLII, fasc. 2, Août, Septembre-Octobre 1933). — Le système nerveux est une des localisations les plus rares de l'échinococcose. R. passe en revue les divers cas rapportés dans la littérature d'échinococcose cérébrale, auxquels il ajoute 2 observations personnelles. Dans la grande majorité des cas le liquide céphalo-rachidien est normal à tous égards. Rarement il présente une réaction cytologique sans aucun caractère spécifique. Et la présence d'éosinophiles dans le liquide céphalo-rachidien est tout à fait exceptionnelle. La réaction de déviation du complément décrit par Parvu et Laubry est négative dans le liquide céphalo-rachidien.

On peut donc dire que l'échinococcose cérébrale ne s'accompagne habituellement pas de réaction spécifique du liquide céphalo-rachidien comme la cysticercose par exemple.

H. Schaeffer.

Riccitelli. ***Recherches clinique et expérimentales sur la régulation encéphalique des éléments morphologiques du sang*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. XLII, fasc. 2, Septembre-Octobre 1933). — Le rôle du système nerveux central dans l'équilibre des éléments figurés du sang a été posé par un certain nombre de faits cliniques et de recherches expérimentales. Rappelons la polyglobulie signalée dans les syndromes infundibulo-hypophysaires, la policythémie observée dans les commotions cérébrales et les lésions des noyaux centraux, la polynucléose neutrophile trouvée chez les parkinsoniens, la leucocytose neutrophile signalée chez les schizophrènes.

R. rapporte lui-même 31 observations de sujets atteints de lésions cérébrales diverses dans lesquelles il a observé un nombre appréciable de modifications de la formule sanguine. Dans un cas il existait de l'hyperglobulie, dans 10 cas des signes d'anémie plus ou moins marquée surtout hypochromique sans altération importante des globules rouges. Dans 9 cas il existait une leucocytose plus ou moins marquée. Dans 1 cas il y avait une éosinophilie accentuée, dans 2 cas une monocytose et une neutrophilie, dans 4 cas une monocytose et une lymphocytose, dans 9 cas de la neutrophilie simple, dans 2 cas de la monocytose, et dans 2 autres de la lymphocytose.

Expérimentalement, R. a déterminé, chez les lapins, des lésions du plancher du 4e ventricule, des noyaux de la base dans le voisinage du 3e ventricule, et a étudié les modifications de la formule sanguine.

Des faits cliniques et expérimentaux, R. déduit que les centres régulateurs siègent très vraisemblablement dans le voisinage du 3e ventricule. Il existe dans le plancher du 4e ventricule des centres autonomes, ou qui sont actionnés par les précédents.

Les altérations sanguines observées sont tantôt temporaires et tantôt permanentes suivant le type de la lésion anatomique.

Chez les animaux en expérience, on observe, après un certain temps, en faisant des examens répétés, des signes d'activité marquée de la moelle osseuse, qui peuvent expliquer le mécanisme des modifications de la formule sanguine.

Il y a donc lieu de se demander si certaines modifications de la formule sanguine au cours de lésions du système nerveux ne dépendent pas de ces lésions elles-mêmes; et si certaines affections sanguines isolées ne pourraient pas avoir leur origine dans des lésions nerveuses centrales.

H. Schaeffer.

JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Ichikawa et **Hiraga.** ***Une anomalie pigmentaire non décrite : dyschromatose universelle héréditaire*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. XXXIV, n° 4, Octobre 1933). — Toyama a décrit il y a 4 ans une anomalie pigmentaire sous le nom de *dyschromatose symétrique héréditaire*, observée au Japon, et qui paraît identique à l'*acropigmentation* de Komaya et à la *leucopathie ponctuée et réticulée* de Matsumoto.

I. et H. rapportent 2 cas de dyschromatose semblable à la forme de Toyama, mais généralisée, qu'ils ont observée dans 2 familles, l'une composée de la mère et de 2 garçons, l'autre de la mère et de 2 filles; 4 autres enfants sont indemnes.

La lésion consiste en taches pigmentaires brunâtres, de la grosseur d'un grain de riz à un haricot, le plus souvent d'un pois, à contours irréguliers, mais nettement limités, et disséminés sur toute la surface du corps. Seules la paume des mains et la plante des pieds sont respectées. Entre les taches pigmentaires, on trouve çà et là des placards leucodermiques.

L'examen histologique montre seulement la présence de pigment dans les cellules basales, sans autre altération.

R. Burnier.

Hashimoto, Ito et **Hanakoa.** ***Agranulocytose salvarsanique combinée avec une lymphogranulomatose inguinale*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. XXXIV, n° 4, Octobre 1933). — H., I. et H. ont rapporté à la Société japonaise de dermatologie du 22 Juillet 1933 le cas d'un homme de 30 ans atteint d'un bubon inguinal non douloureux s'accompagnant de fièvre; le Wassermann étant positif, on lui fit 3 injections de salvarsan et on incisa le bubon. 3 jours après la dernière injection, l'état du malade s'aggrava et il entra à l'hôpital.

La fièvre atteignait 39°; l'examen du sang montra 4.100.000 hématies et 3.100 leucocytes ; éosinophiles 6,4; neutrophiles 0,4; basophiles 0; grands mononucléaires 1,2; lymphocytes 90,8. Les leucocytes s'abaissèrent ensuite à 900 et les neutrophiles disparurent le lendemain de son arrivée à l'hôpital.

L'examen de la bouche et du pharynx montra une nécrose noirâtre du voile du palais, de la luette et des amygdales; la langue était recouverte d'un enduit gris sale. La faiblesse du malade s'accentua et il mourut le surlendemain de son entrée.

A l'autopsie, on trouva une augmentation de volume du foie et de la rate, des hémorragies dans le poumon et l'intestin, une angine gangreneuse, une caséification de quelques ganglions rétro-péritonéaux. Les ganglions inguinaux, fémoraux et iliaques, augmentés de volume, montraient à la coupe des foyers purulents punctiformes et le tableau histologique de la lymphogranulomatose inguinale.

R. Burnier.

SPITALUL (Bucarest)

D. E. Paulian, J. V. Bistriceano et **C. Fortunesco.** ***Contributions à l'étude de la physio-pathologie des syndromes pallido-striés (Hémiballisme et hémichorée)*** [*Spitalul*, t. LIII, n° 9, Septembre 1933]. — Le rôle du système pallido-strié, dans le mécanisme général de la motilité, n'est pas encore complètement élucidé. Ce système constitue une sorte de centre sous-cortical de contrôle des mouvements d'automatisme, de coordination du tonus postural (d'attitude), de Sherrington, et d'inhibition des mouvements involontaires.

Les noyaux gris de la base du cerveau (thalamique, corps de Luys, globus pallidus, striatum, le noyau rouge de Stilling et locus niger de Sommering) constituent ce centre.

Par leurs relations neuro-fibrillaires, et par leurs rapports avec les divers centres cortico-spinaux, ils réalisent une nouvelle voie motrice automate, la voie extra-pyramidale ou pallido-striée. Une lésion de ce système peut se traduire par l'apparition de troubles moteurs involontaires, tremblements, chorée, spasmes, athétose, dont le mécanisme n'est pas élucidé.

Les lésions isolées du système pallidal produiraient suivant Ramsay-Hunt une pseudoparalysie avec raideur généralisée, tremblements et perte des mouvements d'automatisme.

Les lésions du système strié déterminent un état d'hypotonie et akinésie (Vogt).

Pour Foerster, les spasmes de torsion seraient dus à des lésions partielles striées. Le syndrome

pallidal se caractérise avant tout par la rigidité et l'hypokinésie.

Les lésions du noyau hypothalamique ou corps de Luys se caractérisent par une hémichorée intense ou hémiballisme du côté opposé de la lésion.

Les troubles moteurs du syndrome de Luys se localisent non seulement aux extrémités mais aussi à la racine des membres et sont si intenses qu'ils se compliquent de phénomènes de rotation, torsion ou élévation involontaire des membres, rappelant les mouvements athétosiques.

Les premiers cas d'hémiballisme, ou syndrome de Luys, furent publiés par von Economo et Fischer. P., B. et F. publient 2 cas le premier d'hémiballisme, le second d'hémichorée.

Le premier survenant chez un hémiplégique spécifique; l'autopsie révéla des lésions thalamo-pallido-striées et du corps de Luys.

Le second cas révéla des lésions inflammatoires et dégénératives intéressant le système pallido-strié gauche (hémichorée droite) et le pédoncule cérébral et locus niger du même côté.

En conclusion P., B. et F. se rallient aux auteurs qui admettent que les lésions du corps de Luys peuvent engendrer l'apparition du syndrome d'hémiballisme. Dans leur cas, comme dans ceux d'autres observateurs, les symptômes moteurs se compliquèrent de troubles psychiques importants: agitations psycho-motrices, crises de violence, gémissements, confusion mentale.

Cliniquement l'hémiballisme serait une forme excessivement intense d'hémichorée.

Henri Krauter.

J. Jianu et **C. Moscu**. ***Contributions à l'étude des varices lymphatiques*** (*Spitalul*, t. LIII, n° 10, Octobre 1933). — Les cas de lymphangiectasie sont rares; les varices lymphatiques sont dues à une dilatation permanente des vaisseaux lymphatiques. Elles peuvent intéresser les *ganglions* (adéno-lymphocèle), les *trones* (varices tronculaires), et le *réseau lymphatique* (varices réticulaires).

L'*adénolymphocèle* est une tumeur indolore, régulière ou bosselée, de consistance molle, dépressible, d'évolution lente et progressive.

Les *varices tronculaires* se présentent comme des cordons isolés ou des paquets variqueux, palpables en profondeur, rarement visibles.

Les *varices réticulaires* du derme se traduisent par des petites vésicules confluentes.

J. et M. citent 4 observations de varices lymphatiques. Dans le premier et le troisième cas il s'agit de malades avec ascite due à la cirrhose atrophique du foie; ce sont des varices de l'abdomen.

Le deuxième cas est un adénolymphocèle des ganglions sus-claviculaires, de la grosseur d'une mandarine, survenant chez une fillette de 14 ans.

Enfin le dernier cas est celui d'un malade âgé de 21 ans qui présente des varices lymphatiques des bourses à la suite d'une extirpation bilatérale de ganglions inguinaux tuberculeux.

Henri Krauter.

BUCURESTI MEDICAL (Bucarest)

G. Marinesco et **A. Kreindler**. ***Essais de thérapie de la schizophrénie par l'extrait de plexus choroïde*** (*Bucuresti medical*, t. V, 31 Mars 1933). — Marinesco, à la suite des travaux de von Monakow qui a trouvé des altérations du plexus choroïde chez les schizophréniques, employa, en 1929, l'extrait de plexus choroïde à titre thérapeutique. La pathologie des plexus choroïdes est encore bien peu connue. Il y a 30 ans, Petit et Girard ont montré leur rôle de glandes à sécrétion.

Monakow et Kitabayashi ont trouvé sur 8 cas de schizophrénie des lésions constantes *d'atrophie en masse des cellules glandulaires ectodermiques.* Certaines cellules sont seulement atrophiées, d'autres sclérosées, vacuolisées aux noyaux déplacés, déformés ou dégénérés.

Hollander et Spiegel ont étudié l'action de l'extrait de plexus choroïde sur la pression artérielle. Ils ont injecté par voie intraveineuse chez le chat des extraits de plexus choroïde desséchés de bœuf. L'extrait produit une hypotension qui n'est pas de nature cholinique, comme on obtient avec tous les extraits d'organes; en effet , la vagotonisation bilatérale au l'atropinisation n'empêchent pas l'action vaso-dépressive de se produire.

M. et K. ont obtenu avec une goutte d'extrait de plexus choroïde dans le liquide de Ringer, sur le cœur isolé de grenouille, une action diastolique très nette. Ils confirment et trouvent une concordance entre ce fait et l'hypotension constatée par Hollander et Spiegel. Cliniquement, M. et K. ont constaté une augmentation du tonus vagal. *Le plexus choroïde paraît donc avoir des propriétés vagotropes positives.* Von Monakow ayant mis en lumière une diminution de la valeur fonctionnelle des plexus choroïdes, chez les schizophréniques, M. et K. ont essayé une thérapeutique de substitution. Ils ont employé un extrait de plexus choroïde de bœuf, chaque ampoule contenant la moitié d'un plexus choroïde frais. Les résultats obtenus ne sont pas encore définitifs, mais paraissent remarquables. Les auteurs citent 3 observations. L'état d'agitation des schizophréniques est transformé grâce à l'action vagotrope positive du plexus choroïde, qui a la propriété de changer la formule de sympathicotonie en une formule de vagotonie. Sur la technique du traitement, M. et K. déclarent que la voie intra-ventriculaire serait en principe la meilleure, mais que la voie sous-cutanée permet d'obtenir des résultats. Ils pensent que l'on pourrait traiter la schizophrénie avec le liquide céphalo-rachidien humain normal ou intra-ventriculaire d'animal, car ce liquide contient les substances de sécrétion du plexus choroïde.

Ils émettent encore l'idée de traiter la schizophrénie par les substances qui exagèrent cette sécrétion, par exemple la pilocarpine ou le CO, car l'asphyxie augmente la sécrétion choroïdienne. On pourrait aussi associer le plexus choroïde à un extrait d'écorce cérébrale et de corps striés.

Henri Krauter.

NORDISK MEDICINSK TIDSSHRIFT (Stockholm)

Kund Secher. ***Traitement des maladies articulaires par les préparations d'or*** (*Nordisk medicinsk Tidsshrift*, n° 46, 18 Novembre 1933). — S., partant du principe que la tuberculose peut avoir une certaine importance dans les arthrites chroniques non spécifiques, a employé la « sanocrysine » dans leur traitement. Les injections ont été faites par voie intra-veineuse. S. admet que la posologie et l'intervalle entre les injections dépendent de la sensibilité du malade. On peut observer des réactions focales et générales.

Les réactions focales surviennent après la 2e ou 3e injection sous forme de douleurs et de gonflement de l'articulation atteinte. La réaction terminée, l'articulation est en général plus mobile.

Les réactions générales sont thermiques et cutanées. Quand il y a atteinte de la peau, on ne doit pas faire de nouvelles injections avant la guérison complète des troubles cutanés.

S. a eu un cas de thrombopénie suivi de mort et deux atteintes hématologiques graves, suivies cependant de guérison.

Mais beaucoup de résultats ont été très satisfaisants.

6 cas de polyarthrite chronique progressive pris au début ont été guéris et 5 ont été très améliorés.

Dans des cas plus anciens, 3 ont été guéris, 17 très améliorés, 9 améliorés. 11 sont restés sans changement. 6 cas de polyarthrite chronique rhumatismale ont été guéris, 13 très améliorés, 9 améliorés, 6 n'ont pas été influencés. 14 cas d'arthrite rhumatismale aiguë ont été bien influencés et chez 12 d'entre eux la guérison a été complète.

S. a employé des doses croissantes, de 0 gr. 25 à 0 gr. 35, allant éventuellement jusqu'à 0 gr. 50. Dans les états fébriles, il ne dépasse pas 0 gr. 25.

Au commencement du traitement, les injections sont espacées de 4 à 5 jours; plus tard, de 6 à 7 jours.

Ce traitement des arthropathies chroniques donne donc de si beaux résultats qu'on doit y attacher une certaine importance, en dépit des accidents qu'il peut provoquer.

Erling Hammerstad.

Sigurd Petersen. ***Quelques remarques de 22 cas de sclérose latérale amyotrophique*** (*Nordisk medicinsk Tidsshrift*, n° 51, Décembre 1933). — De ces 22 cas, 9 ont présenté un aspect typique. 5 cas ont surtout été marqués par des symptômes bulbaires, dans 3 cas la région lombaire était atteinte, 3 cas avaient des symptômes unilatéraux, et, dans deux cas, il y avait une quadriplégie.

P. décrit quelques-uns de ces cas et en rapporte l'anamnèse et l'examen.

Presque toujours, il ne peut trouver aucune étiologie appréciable. Dans un cas, on pouvait incriminer la syphilis, dans un autre cas on trouva à l'autopsie des lésions comparables à celle de l'encéphalomyélite diffuse disséminée. Dans un troisième cas, il existait des antécédents rhumatismaux avec chorée, et deux fois une grippe à caractère encéphalitique. 3 cas paraissaient d'étiologie traumatique.

Un homme a présenté une sclérose latérale amyotrophique localisée au côté. Après un violent traumatisme de l'épaule droite, un autre cas s'est montré tout à fait comparable. Enfin, P. décrit le cas d'un homme de 49 ans, traversé par un courant alternatif de 220 volts. Il se développait alors une atrophie commençant par l'épaule gauche, le bras gauche, puis le bras droit.

P. considère que la maladie a dû se développer à la suite de l'accident.

Erling Hammerstad.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

W. T. Andersen. ***Recherches sur la glycémie et la glycosurie dans le goitre exophtalmique*** (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. LIV, 1933). — On a signalé depuis longtemps des anomalies du métabolisme des hydrates de carbone chez les basedowiens, mais leur fréquence et leur caractère sont l'objet de divergences nombreuses, certains auteurs soutenant que le diabète se rencontre fréquemment dans le goitre exophtalmique tandis que d'autres tiennent cette association pour une simple coïncidence assez rare. Pour les uns, la glycosurie n'existe que chez peu de malades alors que d'autres la trouvent chez plus de 90 pour 100.

A. a repris méthodiquement l'étude de cette question chez 31 basedowiens et chez 2 diabétiques, dont l'un présentait un goitre exophtalmique et l'autre du myxœdème.

Les basedowiens furent examinés minutieusement au point de vue de la glycosurie spontanée et A. a pu ainsi déceler ce symptôme pratiquement chez tous ses malades.

Il a vu que dans les cas de goitre exophtalmique non compliqués la glycémie à jeun est d'ordinaire normale; toutefois dans plus de la moitié des cas les valeurs à jeun se sont montrées de temps en temps supérieures à la normale. Les moyennes sont aussi un peu plus élevées que chez les sujets normaux. La courbe de la glycémie alimentaire est plus élevée et plus persistante que normale-

ment. D'une façon générale, ces caractères sont d'autant plus accusés que le cas est grave, mais cette règle comporte des exceptions. La thyroïdectomie fait diminuer ces anomalies quand elles sont très prononcées; si elles ne le sont que modérément, on ne constate pas de modifications nettes.

Le seuil d'excrétion du sucre chez les basedowiens est situé un peu plus bas que normalement, mais A. n'a jamais noté de glycosurie rénale typique. Le seuil s'éleva un peu après thyroïdectomie.

Chez le malade atteint de diabète compliqué de goitre exophtalmique cette opération améliora le diabète; d'autre part la médication thyroïdienne aggrava le diabète chez le diabétique myxœdémateux.

A. passe en revue les diverses théories déjà proposées pour expliquer les anomalies du métabolisme hydrocarboné chez les basedowiens. Celle de Falta lui semble la plus satisfaisante. Elle est basée sur l'hypothèse d'une interaction entre les glandes endocrines. Sous l'influence de la thyroïdine le foie serait empêché d'accumuler du glycose sous forme de glycogène. Le pancréas se trouve ainsi surmené et, s'il ne possède pas la marge de capacité fonctionnelle voulue, il en résulte de l'hyperglycémie. Avec cette théorie on devrait s'attendre à ce que les conditions normales du métabolisme hydrocarboné se rétablissent quand la capacité fonctionnelle de la thyroïde se trouve diminuée, par exemple par la thyroïdectomie. Le fait qu'il n'en est pas toujours ainsi demande explication. Falta incrimine des lésions latentes du pancréas. Mais, comme l'anomalie persistante du métabolisme se rencontre dans les cas où les troubles thyroïdiens ont duré le plus longtemps, on peut admettre plutôt que les cellules endocrines du pancréas sont lésées sous l'influence de l'action prolongée de la thyroïdine, peut-être par le surmenage continuel qui leur est imposé.

A. discute les conditions du seuil pour le glycose; il admet que le niveau du seuil se trouve sous le contrôle hormonal, mais ceci n'implique pas que le seuil soit contrôlé exclusivement par la thyroïde, étant donné que les modifications du seuil trouvées chez ces malades sont relativement petites, bien plus petites, par exemple, que celles qu'on note au début de la grossesse.

P.-L. Marie.

K. H. Baagoe. ***L'idiosyncrasie à la farine, cause de rhinite vasomotrice et d'asthme*** (*Acta medica Sscandinavica*, t. LXXX, n° 4, 6 Décembre 1933). — B. a observé 17 cas d'hypersensibilité à la farine, dont 15 concernaient des boulangers et les deux autres un livreur souvent occupé à manipuler des sacs de farine et une fillette fréquentant une minoterie.

Cliniquement, cet état se manifestait dans tous les cas par de la rhinite vasomotrice, parfois associée à de l'asthme, et dans un cas à de l'urticaire. Cette hypersensibilité s'est rencontrée chez 12 pour 100 des boulangers examinés dans la ville de Kolding. Elle est donc assez fréquente pour être considérée comme une maladie professionnelle. Elle peut être si accusée qu'elle nécessite un changement de profession, mais en général elle n'est que désagréable.

La plupart des patients présentaient une cuti-réaction positive à la farine tandis que chez des asthmatiques banaux et chez des sujets atteints de rhume des foins le pourcentage des réactions positives était insignifiant. B. a réussi à transmettre à la peau de sujets normaux l'hypersensibilité à l'égard de la farine de froment au moyen de l'épreuve de Prausnitz; celle-ci se montra positive avec 4 sur 6 des patients hypersensibles examinés, dont 5 avaient une cuti-réaction positive au froment.

B. attribue le rôle pathogène à la farine elle-même, et non aux substances étrangères, produits chimiques, mites, moisissures, qu'elle peut renfermer.

Il recommande le port d'un masque pendant le travail chez les patients qui sont particulièrement gênés, ainsi que l'emploi de l'atropine et de l'éphédrine. Les interventions sur les fosses nasales se sont montrées inefficaces dans ses cas.

P.-L. Marie.

G. Wohlfart (Stockholm). ***Pseudo-diabète insipide après une encéphalite léthargique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXX, n° 4, 6 Décembre 1933). — W. souligne d'abord la distinction entre diabète insipide essentiel et pseudo-diabète insipide. Le premier est caractérisé par une abondante polyurie avec des urines de faible densité, un pouvoir de concentration des reins extrêmement abaissé et une polydipsie secondaire, tandis que dans le second il existe une polydipsie primitive avec polyurie secondaire et intégrité du pouvoir de concentration du rein. Si l'on restreint les boissons, on constate dans le diabète insipide essentiel l'excrétion d'une grande quantité d'urine de faible densité, de la concentration du sang et une perte de poids, alors que dans le pseudo-diabète insipide il y a dans ces conditions émission d'une urine de densité plus élevée sans modifications notables de la concentration du sang ni du poids.

Le malade de W. avait eu, à l'âge de 18 ans, au début de 1921, une encéphalite léthargique typique suivie d'albuminurie passagère. 9 mois après l'épisode aigu se montra une polydipsie considérable, présentant les caractères d'une polydipsie primitive, ainsi que le montrent les résultats de l'épreuve de l'eau (conservation du pouvoir de dilution et de concentration du rein), de l'épreuve de la restriction des boissons (augmentation de la densité de l'urine, pas de changement appréciable des hématies ni de l'hémoglobine) et de l'épreuve du sel; il existait une légère rétention des chlorures attribuable à un reliquat de néphrite chronique. Actuellement la polydipsie persiste et des troubles post-encéphalitiques sont apparus il y a 3 ans.

W. pense que cet état relève d'altérations encéphalitiques siégeant au niveau du centre de la soif situé dans le diencéphale au niveau de l'hypothalamus. En terminant, il résume les cas analogues antérieurement publiés. P.-L. Marie.

I. Holmgren (Stockholm). ***Traitement de l'ulcère de l'estomac et de l'ulcère du duodénum*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXX, n° 4, 6 Décembre 1933). — H. a eu pour la première fois, en 1924, l'occasion de voir une hémorragie gastrique, qui n'avait pas cédé au traitement diététique habituel le plus sévère, disparaître presque subitement quand on prescrivit une alimentation plus abondante. Depuis, il a fait cette constatation maintes fois et il en est arrivé à croire qu'un organisme inanitié est incapable de juguler une hémorragie de cette nature d'une façon aussi effective qu'un organisme fortement alimenté. L'auteur pense que l'alimentation carnée a une influence particulière à cet égard et, lors des hématémèses, il donne de la viande en boulettes.

H. ne croit pas que l'hypoalimentation soit le meilleur moyen de guérir l'ulcère simple. Il estime, qu'à condition que l'alimentation soit qualitativement convenable (exclusion des aliments mécaniquement ou chimiquement irritants), on peut sans inconvénient prescrire une alimentation quantitativement abondante. Il met en pratique cette méthode depuis bien des années à la clinique médicale de Stockholm. Il a ainsi transformé la cure d'hypoalimentation en cure de suralimentation. Dès la première, ou tout au moins la seconde semaine de la cure, on observe chez les malades une augmentation de poids. Il n'est pas rare de noter, en 3 ou 4 semaines, un gain de 3 à 5 kilogr. Les symptômes de l'ulcère se calment aussi rapidement qu'avec le régime habituel, c'est-à-dire en quelques jours. La convalescence est notablement abrégée. Les niches radiologiques disparaissent aussi rapidement qu'avec un régime plus sévère. P.-L. Marie.

I. Holmgren et **H. Lyttkens.** ***Etude sur la fragilité vasculaire*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXX, n° 4, 6 Décembre 1933). — Pour évaluer le degré de fragilité des vaisseaux de la peau, au lieu de se servir du garrot qui détermine un arrêt de la circulation veineuse et une rupture des vaisseaux résultant de l'augmentation de la pression intravasculaire sans que la pression périvasculaire soit modifiée, H. et L. ont diminué la pression périvasculaire sans agir sur la pression intravasculaire.

Ils emploient une ventouse aspiratrice cylindrique ayant une section de 1 cmq, en communication avec une pompe aspirante et un indicateur de vide. On peut, soit faire varier le degré de vide pour une durée d'application constante, soit faire varier la durée d'application pour un degré de vide constant, soit faire varier ou maintenir constants ces deux facteurs et évaluer alors le degré de fragilité par le nombre d'hémorragies. On numère les hémorragies au bout de 4 minutes après la fin de l'aspiration. Il existe une marge importante pour les variations individuelles. Dans les degrés élevés de fragilité vasculaire des hémorragies peuvent se voir à 15 cm. de vide et moins. Dans les cas de résistance vasculaire marquée, on peut n'obtenir d'hémorragies qu'avec un vide de 45 cm.

La méthode n'en étant encore qu'à ses débuts, H. et L. ne peuvent pas se prononcer actuellement sur sa valeur, mais elle semble intéressante. Ils ont déjà pu constater que la fragilité vasculaire n'est pas la même dans toutes les régions du corps; que l'âge ne joue pas de rôle notable dans la détermination des degrés élevés de fragilité vasculaire, mais qu'il constitue un facteur important dans la production des degrés légers; en ce qui concerne l'influence des diverses maladies, la fragilité vasculaire semble très accrue dans certains types de névroses et peu modifiée dans le cancer. Il serait intéressant de la rechercher dans la carence en vitamine C où l'épreuve de la résistance vasculaire appréciée au moyen du garrot a rendu de grands services à Goethlin.

P.-L. Marie.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Kissmeyer et **Nielsen.** ***Etiologie des sarcoïdes de Boeck*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 3, Octobre 1933). — K. et N. estiment que l'étiologie tuberculeuse des sarcoïdes de Boeck n'est nullement prouvée.

La présence de bacilles tuberculeux dans les lésions n'a pas été démontrée et si l'hémoculture a donné quelques résultats positifs entre les mains de Lœwenstein, les résultats n'ont pas été confirmés par les autres auteurs.

K. et Z. considèrent la sarcoïde de Boeck comme un granulome infectieux chronique, de virus inconnu, qui trouverait place entre la tuberculose et la lèpre, mais plus près de la lèpre que de la tuberculose.

Ils insistent sur la présence fréquente de lésions osseuses des phalanges qu'on observe chez les malades atteints de sarcoïdes et qui ressemblent beaucoup aux altérations osseuses de la lèpre: même processus, évolution par bonds, progression en certains points, régression en d'autres, perte de substance en « coupes de tickets » dans les lésions unguéales. R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Léon Bernard, Charles Mayer et **P. Hechter.** ***Tuberculose et sels d'or. Cinq ans de traitement au dispensaire Léon-Bourgeois*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIV, n° 3, Octobre 1933). — Ce travail est basé sur l'observation de plus de 1.000 malades traités par les sels d'or, soit en salle, soit au dispensaire.

B., M. et H. ont adopté la dose standard de 0 gr. 25 de thiosulfate d'or et de sodium, administrée une fois par semaine après une progression rapide, et répétée tant que les clichés, pris tous les deux mois, la température et la bacilloscopie des crachats n'accusent pas une amélioration complète. On interrompt naturellement en cas d'accident. B., M. et H. emploient actuellement comme solvant de la crisalbine, pour les sujets intolérants, le gluconate de calcium en solution à 10 pour 100. 7 pour 100 à peine des malades ont présenté des accidents au cours de la cure qui put être continuée dans la grande majorité des cas.

B., M. et H. étudient avec soin la chrysothérapie chez les tuberculeuses gravides, chez les malades porteurs d'un pneumothorax ou ayant subi d'autres interventions collapsothérapiques. Puis ils précisent les indications et contre-indications.

Il n'y a pas, *a priori*, de contre-indications hors de grosses lésions organiques par ailleurs (foie, reins, etc.). C'est la cure même qui fait connaître les contre-indications révélées par l'intolérance. Mais ceci ne doit pas faire oublier les autres méthodes, surtout le pneumothorax. Il est certain que l'aurothérapie peut donner des résultats favorables dans toutes les formes. Elle est toutefois formellement indiquée: 1° à elle seule, dans le cas de tuberculose ulcéro-caséeuse, évolutive, récente, bilatérale, sans prédominance marquée; 2° associée à la méthode de Forlanini, dans les cas de propagation contro-latérale; 3° à titre préventif des accidents de la maternité. La méthode, fort précieuse, est encore trop négligée.

L. Rivet.

J. Rolland. ***L'anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire considérée du point de vue chirurgical*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIV, n° 3, Octobre 1933). — Au point de vue chirurgical, les renseignements anatomo-pathologiques qui permettent de poser une indication opératoire judicieuse sont fournis avant tout par la radiologie. Les formes relevant de la chirurgie sont les lésions pulmonaires déjà anciennes, d'évolution chronique, fibreuses ou fibro-ulcéreuses encore actives, avec expectorations régulièrement bacillifères, mais stabilisées, non évolutives. Dans les cas typiques de sclérose rétractile d'une lésion tuberculeuse, on est frappé de l'asymétrie de l'image radiologique thoracique, avec obliquité plus grande des côtes, étroitesse plus marquée des espaces intercostaux. On note généralement une incurvation du rachis, une déviation du médiastin, la déviation de la trachée. Dans ces cas, la rigidité de la paroi osseuse du thorax est le seul obstacle s'opposant aux progrès pratiquement indéfinis de la rétraction lésionnelle. L'obstacle levé grâce à l'opération plastique, le collapsus spontané se complétera de façon d'autant plus heureuse que le désossement thoracique aura été réalisé plus judicieusement. La notion de la liberté pleurale est capitale: si elle existe, il faut tenter un pneumothorax artificiel. R. envisage ensuite les densifications parenchymateuses et les cavités, ces deux sortes de lésions étant d'ailleurs habituellement associées. Dans les cas de fibrothorax, consécutifs à des pneumothorax abandonnés du fait d'une symphyse progressive, il faut se méfier des épanchements pleuraux enkystés résiduels qui deviennent indiscernables du fait de la densification du parenchyme: ces épanchements méconnus peuvent, en cas d'interventions, entraîner des complications post-opératoire graves (perforation pulmonaire secondaire, infection septique, etc.). Les fibrothorax ne relèvent de la thoracoplastie que si les lésions demeurent actives, avec expectoration bacillifère constante. R. envisage ensuite avec soin, au point de vue chirurgical, les caractères des lésions cavitaires, qui présentent parfois un niveau liquide dû à un défaut de drainage; leur topographie, leurs adhérences. Les cavernes isolées, solitaires, sans rétraction thoracique, obéissent souvent mal au collapsus chirurgical, surtout si elles sont volumineuses, contrairement aux cavités creusées dans des lésions fibreuses importantes. Naturellement, toute intervention thoracoplastique suppose l'intégrité symétrique, ou du moins une solide stabilisation de lésions du poumon opposé.

L. Rivet.

G. Poix et **G. Thoyer.** ***Typho-bacillose et tuberculose ganglio-pulmonaire*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIV, n° 3, Octobre 1933). — Dans ce travail, qui comporte la relation de 5 observations personnelles, P. et T. concluent que la typho-bacillose est une forme spéciale de fièvre tuberculeuse: elle n'est clairement définie ni par sa pathogénie, ni par son anatomie pathologique, ni par son aspect clinique seul. Tous les faits de passage existent entre la typho-bacillose, la fièvre dite ganglionnaire et la fièvre plus ou moins intense des poussées de tuberculisation. Comme une méningite ou toute autre affection tuberculeuse peut donner une fièvre élevée sans signes immédiats de localisation, P. et T. pensent que le diagnostic de typhobacillose doit être réservé aux cas où la fièvre reste élevée pendant une durée assez prolongée pour que l'ensemble de sa courbe dessine le même cycle que celui de la fièvre typhoïde. Ils ne nient pas que la typhobacillose puisse dépendre d'une véritable septicémie tuberculeuse, mais il convient de faire des réserves sur cette interprétation; une telle pathogénie ne doit intervenir que d'une façon exceptionnelle. En règle générale, l'examen radiologique montre précocement un foyer tuberculeux à localisation surtout ganglio-pulmonaire et probablement en rapport avec une primo-infection. Il semble enfin possible d'émettre l'hypothèse que l'aspect spécial de la fièvre dépend d'un état d'hyperallergie.

L. Rivet.

E. Rist et **P. Véran.** ***L'ectasie aortique rhumatismale*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIV, n° 4, Novembre 1933). — R. et V. relatent l'observation d'une jeune fille de 25 ans, porteuse d'une double ectasie aortique, chez laquelle on ne trouve aucun signe ou stigmate de syphilis héréditaire ou acquise, mais une maladie rhumatismale, dont les manifestations, récidivantes depuis l'âge de 9 ans, réagissent immédiatement au salicylate de soude. La première manifestation d'ectasie est apparue à 22 ans: il y a une double localisation, à la crosse et à la terminaison de l'aorte thoracique. Il existe de l'hypertension artérielle (19-11,5), sans signes de sclérose rénale. Il n'y a aucun signe de lésions péri-myo-endocarditiques. Chez cette malade, le virus rhumatismal a localisé ses effets sur l'aorte, et une aortite rhumatismale peut être tenue pour l'équivalent d'une cardite rhumatismale vraie. Le problème histopathogénique soulevé par les faits de ce genre est encore obscur.

L. Rivet.

R. Liège et **M**[lle] **A. Herr.** ***Les néphropathies graves post-transfusionnelles*** (*Annales de Médecine*, t. XXXIV, n° 4, Novembre 1933). — Cette étude repose sur 2 observations personnelles relatées avec examens histologiques et 20 autres observations recueillies dans la littérature.

Les néphropathies graves post-transfusionnelles sont exceptionnelles par rapport au nombre de transfusions faites journellement. Leur cause majeure est l'incompatibilité sanguine qui pour Bordley interviendrait dans 80 pour 100 des cas. Cliniquement, elles revêtent le type de néphrite aiguë azotémique sèche, évoluant en deux phases: phase d'hémoglobinurie, phase d'anurie. La rétablissement de la diurèse n'est pas toujours le prélude de la guérison, et, lorsque l'urée urinaire reste faible, on doit porter un pronostic défavorable.

Les lésions histologiques constatées consistent avant tout en un blocage mécanique des tubes excréteurs du rein par les produits de désintégration de l'hémoglobine. Les lésions cellulaires sont difficiles à apprécier, elles ne paraissent pas suffisantes pour légitimer au sens histologique du mot le terme de néphrite aiguë. Le terme de néphrose qu'emploient les auteurs allemands serait peut-être préférable.

Le pronostic *quoad vitam*, quand l'incompatibilité sanguine est en cause, est très grave, la mortalité est de 70 pour 100. Mais quand elle n'est pas à la base des accidents, le pronostic est différent, la guérison semblant être la règle au cours des néphrites dites anaphylactiques.

Quand ces néphropathies ont une évolution favorable et s'il n'existe pas de lésions rénales antérieures, le pronostic fonctionnel est bon. L'étude de la valeur fonctionnelle du rein, peu de temps après la guérison, a été faite dans quelques cas: elle ne montre aucun trouble appréciable, il n'y a pas de séquelles.

La prophylaxie réside dans la recherche soigneuse de la compatibilité sanguine.

Lorsqu'un traitement médical bien conduit reste inefficace, on est amené à discuter l'opportunité d'un traitement chirurgical. La décapsulation uni ou bilatérale, complétée, si l'état général le permet, d'une néphrostomie, paraît l'intervention de choix, son efficacité n'est cependant pas établie de façon certaine.

L. Rivet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

G. Ramon et **M. Djourichitch.** ***Recherches expérimentales sur les vaccinations associées*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LI, n° 4, Octobre 1933). — R. et D. ont fait une nouvelle série d'expériences chez le cobaye et le lapin à qui ils ont injecté l'anatoxine antidiphtérique seule ou associée avec divers antigènes microbiens: émulsion

de germes typhiques et paratyphiques chauffés ou vivants, BCG chauffés ou vivants, tuberculine, bacilles de la fléole chauffés ou vivants, bacilles diphtériques chauffés ou vivants. Ils ont ensuite mesuré le titre antitoxique du sérum après une et 2 vaccinations.

Même en prenant les précautions de choisir des animaux de même poids et de même origine et de doser l'antitoxine dans un mélange de sérum provenant de plusieurs animaux d'un même lot, on constate une grande variabilité de l'immunité antitoxique chez les différents groupes d'animaux injectés avec l'anatoxine seule. Le titre antitoxique, après 2 injections des mêmes doses de la même anatoxine, varie de 0,5 unités à 4 unités, par exemple.

Cependant, de l'ensemble des expériences se dégage la supériorité appréciable de l'immunité antitoxique chez les animaux ayant reçu un mélange d'anatoxine diphtérique et d'antigènes microbiens.

La supériorité de l'immunité antitoxique diphtérique après vaccination associée n'est pas liée à la réaction générale de l'organisme à la suite de l'introduction d'un antigène microbien. Si l'anatoxine et l'antigène microbien sont injectés en 2 endroits séparés du corps, il n'y a pas accroissement de l'immunité antitoxique. Cette supériorité est en relation avec les phénomènes *locaux* que provoque l'antigène microbien. Il y a là une action indirecte qui n'a rien de spécifique, puisqu'elle peut être déclenchée par les antigènes microbiens les plus divers et même par des substances non antigènes comme la tuberculine, le tapioca, le chlorure de calcium, etc. L'action des antigènes microbiens n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité des désordres locaux (œdème, abcès, escarres). L'augmentation de l'immunité antitoxique est plus considérable lorsque les germes associés à l'anatoxine sont vivants. Il y a une polynucléose locale, mais pas de relation entre l'importance de la polynucléose et l'immunité.

Robert Clément.

P. Bordet (Bruxelles). ***Qualités propres aux sérums de diverses espèces animales par rapport au pneumocoque*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LI, n° 4, Octobre 1933). — Les causes des différences de réceptivité des diverses espèces animales à l'égard d'un même microbe sont mal précisées et peuvent être variables. A côté de l'activité plus grande de la phagocytose, il faut faire une place aux propriétés bactéricides du sérum.

Les cultures de pneumocoques dans le sérum des diverses espèces animales présentent des différences importantes d'aspect en rapport avec les inégalités de réceptivité de ces espèces à l'infection pneumococcique. Des expériences de culture de pneumocoques en sérum ont montré entre ces cultures des différences d'ordre biochimique et morphologique suivant qu'il s'agissait de sérum de lapin, de cobaye, de cheval ou d'homme.

L'acidification de cultures du pneumocoque en sérum est très variable, elle est plus intense dans le sérum des espèces les plus réceptives.

Dans la culture en sérum de lapin, animal spécialement réceptif, il se forme, à côté des diplocoques, des sphérules de taille très supérieure, se colorant rouge vif par la malléole de Laveran et l'azur-éosine, rapidement lysées par la bile. Ces sphérules n'apparaissent pas dans le sérum de cobaye, de cheval et d'homme; chez le lapin, on les voit non seulement dans les cultures en sérum, mais dans les exsudats et le sang au cours de l'infection par pneumocoques. Les cultures en sérum de lapin immunisé en sont dépourvues.

La production de ces sphérules dépend de la présence de constituants particuliers du sérum, thermolabiles et absorbables par l'hydrate d'albumine qui accompagnent les euglobulines lorsqu'on applique les procédés de fractionnement des albumines du sérum. Ces principes se trouvent aussi dans le sérum des autres espèces animales et dans l'immuno-sérum, mais leur action est empêchée par la présence de facteurs antagonistes, absents dans le sérum de lapin.

Robert Clément.

M. Galéa et E. Falchetti. ***Etude sur l'action des foyers inflammatoires locaux*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LI, n° 6, Décembre 1933). — Une série d'expériences a montré que les spores tétaniques, injectées sous la peau de cobayes, porteurs d'un foyer inflammatoire local, provoqué soit par un bacille tuberculeux avirulent (bacille équin de Vallée), soit par un corps inerte comme la farine d'infusoires, se répandent dans l'organisme de ces animaux plus rapidement que dans celui des cobayes normaux; le phénomène de dissémination est plus rapide avec le nodule provoqué par un bacille tuberculeux avirulent qu'avec celui dû à la farine d'infusoires; mais l'éclosion du tétanos est moins fréquente dans le premier cas que dans le second.

L'évolution des lésions locales provoquées par la toxine du bacillus œdématien est plus rapide et moins grave chez les sujets porteurs de foyers d'inflammation locale que chez les témoins.

Sur l'évolution de l'infection aphteuse du cobaye, le virus aphteux étant introduit par différentes voies dans l'organisme, l'existence d'un foyer inflammatoire local ne semble pas avoir d'action. Chez les cobayes ayant un foyer inflammatoire local, provoqué sous la peau par le BCG et la farine d'infusoires, que le virus soit introduit dans le nodule inflammatoire lui-même, dans le tissu sous-cutané ou dans les muscles, la fièvre aphteuse a la même évolution classique que chez les sujets normaux; toutefois, les nodules inflammatoires restent virulents après la disparition du pouvoir infectant du sang et des organes internes et le nodule provoqué par le BCG retient le virus plus longtemps que celui dû à la farine d'infusoires.

Robert Clément.

L. Nègre. ***Action des lipides des organes sains des mammifères sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LI, n° 6, Décembre 1933). — L'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin est activée par l'injection répétée des lipides extraits de leurs organes par l'acétone. Les extraits acétoniques de poumons, de foie ou de reins possèdent le pouvoir activant le plus prononcé. Les extraits acétoniques de ganglions lymphatiques de bœuf et de cheval se comportent à ce point de vue comme les extraits de rate de cobaye ou de lapin; ceux de poumons, de foie et de reins humains, comme les extraits des organes correspondants de cobaye et de lapin.

Les lipides d'organes de lapin exercent sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye la même action que les lipides des organes de cet animal.

L'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye n'est pas modifiée par les injections répétées de suspensions aqueuses d'organes dégraissés de cet animal.

Parmi les divers constituants des tissus, ce sont les lipides qui joueraient le rôle le plus important dans le développement *in vivo* du virus tuberculeux. La gravité spéciale des localisations tuberculeuses pulmonaires et rénales serait due partiellement à la présence dans ces organes des lipides, bien que d'autres facteurs doivent entrer en jeu.

Chez les tuberculeux, la teneur en lipides des organes en apparence sains tendant à augmenter, on peut en conclure que le bacille de Koch trouve dans l'organisme des conditions de plus en plus favorables à son développement.

Robert Clément.

G. Ramon, Robert Debré et P. Uhry. ***La paralysie diphtérique expérimentale*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LII, n° 1, Janvier 1934). — Des essais de paralysie diphtérique expérimentale ont été faits chez le chien, le lapin et le cobaye. A la condition d'employer une toxine diphtérique dont l'activité a été réduite au moyen du formol, on réalise, surtout chez le cobaye, mais aussi chez le chien, des paralysies dont l'allure clinique et l'évolution rappellent les accidents observés chez l'homme. Avec une dose faible, on provoque une paralysie localisée proche du lieu d'injection, qui apparaît après une longue incubation, rétrocède et finit par guérir. Avec une dose plus forte, on obtient une paralysie généralisée qui peut guérir ou se terminer par la mort après des accidents cardio-respiratoires. Le lapin a une susceptibilité particulière à la toxine diphtérique; celle-ci provoque toujours, en quelques heures, une paralysie généralisée qui emporte l'animal. Les effets produits sont liés à la dose de toxine injectée et non à la nature des composants hypothétiques de la toxine diphtérique.

L'injection de toxine atténuée par le formol détermine chez l'animal, à la fois, des paralysies et le développement de l'immunité. Dès l'apparition des accidents paralytiques, le sang de l'animal peut être riche en antitoxine.

La fixation de la toxine sur le tissu nerveux est rapide en quelques heures. Dans les conditions d'expérience réalisées, l'injection d'antitoxines n'a de pouvoir préventif vis-à-vis de l'établissement des paralysies que si cette injection est pratiquée dans les 10 heures qui suivent l'injection de toxine. Passé ce délai, quels que soient la dose de sérum anti-diphtérique et son mode d'injection, il est sans action. *Le sérum antidiphtérique n'a sur la paralysie établie aucun pouvoir curatif.* Les essais thérapeutiques contre les paralysies diphtériques expérimentales ont échoué. Le seul traitement efficace est préventif: il consiste dans l'injection très précoce, avant l'apparition des premiers phénomènes paralytiques, d'une dose suffisante d'antitoxine.

Robert Clément.

C. Levaditi et H. de Rothschild, en collaboration avec **J. Auclair, P. Haber, A. Vaisman** et **Mlle R. Schoen.** ***Etude expérimentale de la thermothérapie générale par les radiations à ondes courtes*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. LII, n° 1, Janvier 1934). — Avec un appareil émettant des ondes d'une longueur de 22 mètres, on a recherché l'action curative de la thermothérapie par radiations à ondes courtes dans un certain nombre de maladies infectieuses expérimentales.

Sur la toxoplasmose du lapin, provoquée par le « toxoplasma cuniculi » et sur la lymphogranulomatose inguinale expérimentale de la souris, 6 à 14 séances quotidiennes de thermothérapie par ondes courtes produisent soit la guérison, soit la transformation de la maladie aiguë en une forme lentement évolutive. Au contraire, la spirillose des poules, la spirochétose récurrente du rat, la trypanosomiase de la souris, les arthropathies de la souris provoquées par le « streptobacillus moniliformis », la rage et l'herpès expérimentaux de la souris ne sont nullement influencés dans leur évolution par l'exposition aux rayons de courte longueur d'ondes.

Dans la syphilis expérimentale du lapin et de la souris, cette méthode thérapeutique entraîne parfois la guérison assez rapide de l'accident primitif, avec disparition des tréponèmes, stérilisation des ganglions et du névraxe et négativation des réactions humorales. Ces effets thérapeutiques sont inconstants, on ne les observe guère que dans 50

à 60 pour 100 des cas chez le lapin et chez la souris, malgré un grand nombre de séances de thermothérapie.

Il est probable que les radiations à ondes courtes et la thermothérapie générale agissent non pas directement en supprimant l'activité pathogène de l'agent provocateur de la maladie, mais indirectement en augmentant l'efficacité défensive des moyens humoraux ou cellulaires que l'organisme met en jeu lors de la guérison spontanée. La chaleur est sans doute un des facteurs agissants, mais elle n'est certainement pas tout.

Quel que soit le mécanisme de l'action préventive et curative de la pyrétothérapie par les ondes courtes dans la syphilis expérimentale, leur activité thérapeutique est loin de valoir celle des agents chimiques antisyphilitiques comme l'arsenic, le bismuth, le mercure, l'or et le tellure.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE (Paris)

Quérangal des Essarts (Brest). ***Etude sur la floculation à la résorcine des liquides céphalo-rachidiens normaux et pathologiques*** (*Archives de l'Institut prophylactique*, t. V, n° 4, Octobre-Décembre 1933). — Depuis 3 ans, Q. a pratiqué systématiquement la réaction de Vernes à la résorcine dans 600 liquides céphalo-rachidiens.

Lorsque le liquide est normal, chez les sujets apparemment sains, il n'y a pas de réaction à la résorcine. Sur 158 liquides, on a trouvé un Vernes de 0 à 5 le plus souvent et toujours au-dessous de 20. Chez les malades présentant une affection non bacillaire et n'atteignant pas les méninges, 36 fois la floculation a été nulle ou très faible.

Chez les malades ayant une affection tuberculeuse évolutive sans retentissement sur les méninges, la réaction à la résorcine est faible dans le liquide céphalo-rachidien (dans 12 cas entre 0 et 20) alors qu'elle donne un chiffre élevé pour le sérum.

Au cours des affections méningées aiguës ou subaiguës à lymphocytes, on trouve, d'une part, les méningites tuberculeuses avec une floculation du liquide par la résorcine, d'emblée très élevée (moyenne de 25 examens = 133) et ascendante jusqu'à la mort; d'autre part, les méningites aiguës lymphocytaires bénignes d'origine indéterminée dans lesquelles la floculation du liquide est faible (au-dessous de 10) et enfin les réactions méningées aiguës secondaires avec lymphocytose, au cours de certaines maladies infectieuses: ici encore, le Vernes est très bas (au-dessous de 5), n'atteignant que rarement 15 à 18.

Chez 10 syphilitiques présentant une réaction méningée subaiguë, on n'a pas observé de floculation importante à la résorcine, quelle que fût l'élévation du degré photométrique au peréthynol; cependant, dans les syphilis du névraxe, on trouve parfois des indices élevés à la résorcine sans rapport avec la tuberculose.

Les affections méningées avec polynucléose rachidienne donnent des résultats moins nets; dans 13 cas de méningites cérébro-spinales à méningocoques, on a trouvé des indices photométriques faibles toujours au-dessous de 20, mais il n'a pas été tenu compte des liquides contenant plus de 1 gr. d'albumine. Dans les méningites aiguës suppurées, l'absence de floculation est la règle, mais on trouve parfois des indices photométriques plus ou moins élevés au cours de l'évolution.

La réaction à la résorcine a donc une réelle valeur pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse: dans cette affection seulement, il y a hyperfloculation et celle-ci est si constante que son absence permet d'affirmer que la réaction méningée n'est pas tuberculeuse.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

A. Perrot, et L. Babaiantz. ***Quelques considérations sur le syndrome de Klippel-Feil (Les hommes sans cou)*** [*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XVII, n° 12, Décembre 1933]. — Le syndrome de Klippel-Feil, individualisé en 1912, rare, très variable quant à l'anatomo-pathologie et à la pathogénie, d'origine congénitale, d'étiologie incertaine, très rarement héréditaire, est caractérisé par une *triade clinique :*

1° Brièveté du cou; 2° implantation basse des cheveux; 3° limitation des mouvements de la tête (et quelques autres signes moins importants et moins constants) et par *trois éléments anatomiques caractéristiques*: 1° une masse vertébrale cervico-dorsale; 2° un spina bifida; 3° une élévation de la cage thoracique.

Feil distingue dans ce syndrome 3 types différents pouvant comporter de nombreux types intermédiaires présentant toujours la triade classique plus ou moins nette: *a)* I: Type véritable des « hommes sans cou », caractérisé par le degré maximum de réduction numérique et de soudure intervertébrale et n'intéressant que la colonne cervicale; côtes remontant jusqu'à la base du crâne (thorax cervical); spina bifida cervical supérieur allant jusqu'au crâne; tête droite, en général.

b) II: Type atténué, intermédiaire: réduction numérique ne portant que sur une ou deux vertèbres; implantation basse des cheveux moins marquée que dans le type I; cou diminué à partie inférieure élargie; tête en général penchée; limitation des mouvements variables.

c) III: Le tassement ou la réduction vertébrale s'étend à tout le rachis (télescope de Bar); malformations très prononcées (pouvant coexister avec d'autres anomalies du squelette ou du corps), le plus souvent incompatibles avec la vie.

Le *diagnostic*, facile dans les cas du type I, peut se poser dans les cas du type II avec: *mal de Pott sous-occipital* mais, pas de douleurs en règle générale, pas de troubles nerveux, pas de contracture musculaire; en outre: difformité congénitale, évolution, triade clinique, radiographie, permettent le diagnostic; *torticolis congénital* mais rigidité invincible du sterno-cléido-mastoïdien dans ce cas, triade clinique, radiographie; plus difficile est le diagnostic quand le torticolis est dû à une synostose des II° et III° vertèbres cervicales ou à des fusions vertébrales multiples; *traumatismes anciens* par anamnèse et radiographie.

Après avoir rapporté une observation personnelle du type II de ce syndrome, P. et B. discutent la *pathogénie*; pour Feil le « spina bifida cervical en constitue le facteur essentiel » (diminution de la résistance de la colonne vertébrale, l'endroit fissuré devenant plus fragile que le reste de la colonne, et déformations ou tassement des zones intéressées par pression amniotique vers le 3° ou le 4° mois du traumatisme). P. et B. se rallient à cette hypothèse de *pathogénie mécanique* à l'appui de laquelle vient leur observation (longue déhiscence cervico-dorsale).

MOREL-KAHN.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE (Paris)

A. Beau (Nancy). ***Les interactions utéro-ovariennes*** (*Revue française d'endocrinologie*, 11° Année, n° 6, Décembre 1933). — Après avoir exposé successivement d'après les dernières recherches l'action de l'ovaire sur l'utérus, B. expose l'action de l'utérus sur l'ovaire basée: 1° sur des données expérimentales (répercussion de l'hystérectomie sur le rythme vaginal; de l'hystérectomie sur l'histophysiologie ovarienne); 2° sur les données chirurgicales (opérations conservatrices, mutilantes, les greffes ovariennes et les greffes utérines). De tout cet ensemble, B. formule les conclusions suivantes: « Les données que nous possédons maintenant nous font nettement entrevoir une réaction très vraisemblable de l'utérus sur la trophicité et la vitalité de l'ovaire. Ces notions sont encore loin d'être entièrement connues et restent, par suite, encore susceptibles de révision. » Puis une déduction d'ordre pratique concernant la chirurgie gynécologique : Il faut « respecter le plus possible l'harmonie de l'appareil génital, remplaçant un ovaire enlevé par une greffe de cet organe; un utérus, par une portion de l'endomètre. Ces pratiques obéissent à la règle de toujours laisser en présence ces deux organes si étroitement liés par une multitude de phénomènes d'interventions.

MARCEL LAEMMER.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LILLE

A. Le Grand. ***Traitement de l'hémiplégie par la diélectrolyse transcérébrale*** (*Journal de Médecine de Lille*, t. II, n° 21, Décembre 1933).— Il est possible de faire traverser la masse encéphalique par le courant électrique. Bourguignon se livra pendant la guerre à des essais de galvanisation cérébrale, puis pour calmer la contracture de certains sujets atteints d'hémiplégie traumatique, il eut l'idée d'imbiber une des électrodes d'une solution de chlorure de calcium de façon à réaliser une ionisation calcique transcérébrale. Les résultats encourageants obtenus, particulièrement dans la contracture hémiplégique, ont incité à poursuivre ces essais thérapeutiques.

Il est nécessaire d'avoir une technique précise, les solutions utilisées doivent être préparées avec soin. On emploie surtout le chlorure de calcium à 1 pour 100 et quelquefois de l'iodure de potassium au même taux. Il faut ménager les tissus palpébraux particulièrement délicats. La source électrique à utiliser est un courant continu provenant en général d'une batterie d'éléments au bisulfate de mercure. Les 7 premières séances sont journalières, 8 autres se succéderont de 2 jours en 2 jours; chaque séance durant de 15 à 30 minutes. L'intensité du courant utilisé est toujours très faible et comprise entre 3 à 5 milliampères au maximum.

La diélectrolyse serait presque sans action sur l'hémiplégie d'origine corticale, son action serait au maximum dans les cas de lésions protubérantielles ou bulbaires. Un facteur important de réussite est l'emploi précoce de la méthode.

4 observations, choisies parmi celles où les résultats ont été les plus brillants, montrent les heureux effets que l'on peut obtenir par l'emploi de la diélectrolyse transcérébrale comme traitement de l'hémiplégie organique.

ROBERT CLÉMENT.

MARSEILLE MÉDICAL

Fournials. ***Traitement des diarrhées chroniques par la méthode de Montel*** (*Marseille Médical*, t. LXX, n° 31, 5 Novembre 1933). — Un Malgache de 20 ans, après une dysenterie aiguë, probablement bacillaire (4 à 8 selles par heure) avec polynévrite, prise pour du béribéri, a fait par la suite un syndrome diarrhéique sans température, avec selles peu nombreuses, mais profonde altération de l'état général durant 2 mois, qui s'améliora et guérit sous l'influence de l'absorption par la bouche de 8 ampoules de sérum antidysentérique par jour (au total 2 litres 220 de sérum en 2 mois).

5 soldats atteints de diarrhée persistante sans étiologie précise, ni bacillaire ni amibienne, dont 3 avaient été soumis à des traitements variés ino-

pérants, ont été aussi rapidement améliorés par l'absorption buccale de sérum antidysentérique.

Il est probable que la plupart de ces malades avaient eu, à l'origine, une atteinte de dysenterie bacillaire. Il est souvent difficile aux colonies de pouvoir pratiquer un examen bactériologique des selles et une coproculture; aussi en présence de certaines diarrhées tenaces, fétides, de couleur verdâtre, avec ou sans présence de glaires ou de sang, le traitement par l'ingestion ou les lavements de sérum antidysentérique, préconisé par Montel, peut rendre d'utiles services.

Robert Clément.

ARCHIVES DES INSTITUTS PASTEUR D'INDOCHINE (Hanoï)

L. Souchard. ***Contribution à l'étude de la mélioïdose en Indo-Chine*** (*Archives des Instituts Pasteurs d'Indo-Chine*, n° 16, Octobre 1933). — En Indo-Chine, la mélioïdose se présente chez l'homme comme dans les autres pays tropicaux, sous 3 aspects différents.

Dans la forme *suraiguë* (2 cas), elle revêt l'aspect clinique d'un accès pernicieux avec issue fatale en moins d'une semaine.

Le plus souvent, elle évolue sous une forme aiguë ou subaiguë. *Aiguë* (3 cas), elle a l'aspect clinique d'une fièvre typhoïde ataxo-dynamique avec issue fatale en moins de 2 semaines. *Subaiguë* (3 cas), elle a ressemblé à une fièvre typhoïde grave, mais traînante, avec formation d'abcès et mort en 1 mois dans 1 cas; dans un autre, c'était le tableau d'une suppuration pulmonaire évoluant à grand fracas avec fièvre hectique et mort en 1 mois; chez le troisième malade, la mélioïdose a revêtu l'aspect d'une fièvre typhoïde plutôt bénigne qui a évolué vers la guérison en une vingtaine de jours.

A côté de ces cas de septicopyohémie de grande gravité, l'affection évolue parfois sous une forme *chronique* prenant l'aspect soit d'une pyélonéphrite suivie de guérison en 2 mois et 1/2, soit d'ostéite chronique multiple évoluant en 6 mois.

La mélioïdose est due au *bacille de Whitmore* (1913)). Bacille aérobie Gram négatif de 4 à 6 μ, mobile, poussant sur les milieux ordinaires et se rapprochant du bacille de la morve que l'on distingue par son immobilité et par des procédés de culture. Les germes isolés en Indo-Chine ont les mêmes caractères que ceux trouvés en Malaisie et en Birmanie. On a pu réaliser des séro-agglutinations croisées avec des souches provenant de divers pays.

Les réactions de déviation du complément sont positives aussi bien pour le bacille de Whitmore que pour le bacille morveux tandis que les cuti-réactions à la malléine sont rarement positives chez les malades atteints de mélioïdose et celles à la Whitmorine sont également en général négatives chez les malades atteints de morve.

La mélioïdose n'a pas encore été observée en Indo-Chine sur des animaux, mais elle doit exister chez les rongeurs. Les cas humains rapportés n'ont pas provoqué de contagion dans l'entourage des malades.

Le mode de transmission de cette infection n'est pas encore déterminé.

La bactériothérapie semble avoir donné quelques résultats dans 2 cas chroniques.

Robert Clément.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN (Berlin)

K. H. Hoffmann (Munich). ***Les accidents dentaires et les sports*** (*Fortschritte der Medizin*, t. LI, n° 26, 3 Juillet 1933). — La fréquence de ces accidents est en rapport avec la plus grande pratique des sports. Ce sont surtout les incisives supérieures qui sont atteintes.

L'étiologie en est variable. Il peut s'agir soit d'un traumatisme direct: chute ou coup sur les dents, soit d'un traumatisme agissant indirectement: coup sur le menton, claquement violent des mâchoires.

H. classe ces accidents en 3 catégories: le simple choc, la luxation, la fracture.

Le premier est le moins grave et les douleurs qu'il entraîne cèdent à une dose usuelle d'un bon analgésique. Mais plus ou moins longtemps après, il faut craindre l'infection pulpaire dont la porte d'entrée s'est faite à la faveur d'une perte de l'émail.

La luxation peut être complète ou incomplète. Complète, la dent peut pénétrer dans le maxillaire, tomber dans la bouche ou être déglutie. C'est plus rarement qu'elle tombe dans les voies respiratoires d'où elle sera retirée par bronchoscopie.

Incomplète, la dent a plus ou moins changé de place, est plus ou moins détachée de son alvéole.

L'auteur insiste surtout sur le fait que, dans la luxation complète, il ne faut pas perdre de vue que la replantation peut être faite quelques jours et même quelques semaines après et recommande de conserver la dent dans du sérum physiologique ou mieux dans une solution à 1 pour 1.000 de trypaflavine avec une adjonction de 1 pour 1.000 de sel de cuisine. De plus, on doit tamponner l'alvéole.

Quant aux fractures, ce sont les plus fréquentes, surtout chez l'adulte: elles peuvent être transversales, obliques ou à plusieurs fragments. Leur gravité et leur traitement dépendent de leur aspect: localisées à la couronne, à la racine, obliques et très étendues. Les longitudinales sont rares.

La plus simple est la fracture de la couronne sans ouverture de la pulpe qui nécessite un polissage.

Une fracture plus complète qui ouvre la pulpe s'accompagne de douleurs, d'hémorragies, mais il ne faut pas se hâter d'extraire la dent.

Si la fracture intéresse une partie importante de la racine, la dent branlante est gênante. L'extraction s'impose, et, en particulier, celle de la racine avec un soin tout spécial.

Dans certains cas, la dent apparaît intacte, mais il existe des douleurs subjectives et par ailleurs on détermine une vive douleur à la pression verticale. La radiographie est alors d'une aide précieuse. L'extraction ne doit pas être faite.

En conclusion, H. insiste sur la notion de conservation qu'il faut avoir en présence de ces accidents et sur les indications précises d'une extraction.

Goyer.

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOSIFILOLOGIA (Buenos-Aires)

Cordiviola. ***Sarcoïde hypodermique de Darier-Roussy et lupus érythémateux*** (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. XVII, Décembre 1933). — C. rapporte l'observation d'une femme de 34 ans, atteinte depuis 16 ans d'un lupus érythémateux de la face et des avant-bras, qui fut amélioré par diverses médications: neige carbonique, sels d'or.

En Mars 1932, la malade vit apparaître sur les 2 jambes et les 2 bras de petites nodosités, grosses comme une amande ou une noisette, recouvertes par une peau rosée ou pigmentée, offrant les caractères de la peau d'orange.

Ces nodosités dures, non douloureuses spontanément, un peu sensibles à la pression, étaient facilement mobilisables sur les plans profonds, mais adhérentes à la peau.

Une de ces nodosités fut enlevée. La moitié fut inoculée en Mai 1932 à 4 cobayes qui furent sacrifiés en Août, Septembre 1932 et Janvier 1933. L'examen ne montra aucune lésion tuberculeuse.

L'examen histologique de la 2e moitié de la nodosité permit de constater les lésions caractéristiques de la sarcoïde hypodermique, type Darier-Roussy.

R. Burnier.

Pessano et Negri. ***Etude expérimentale sur le lupus érythémateux*** (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. XVII, Décembre 1933). — P. et N. ont inoculé 6 cobayes avec des fragments de tissu de lupus érythémateux appartenant à 4 malades. Ils n'obtinrent qu'un résultat positif chez un cobaye inoculé sous la peau avec un fragment de biopsie profonde. Un ganglion apparut un mois après dans le flanc inoculé, suivi bientôt de périadénite et de caséification. On nota à l'autopsie une granulie généralisée et une épididymite tuberculeuse. Le ganglion caséifié, qui contenait de nombreux bacilles alcoolo et acido-résistants, fut ensemencé sur milieu de Petragnani et donna naissance à des colonies typiques de bacilles de Koch.

D'autre part, des fragments de tissu de lupus érythémateux furent ensemencés sur milieu de Petragnani; on vit se développer un bacille paratuberculeux alcoolo et acido-résistant, pathogène pour le cobaye et le lapin. Les cobayes inoculés avec l'émulsion bacillaire moururent en 1 mois à 1 mois 1/2; 2 avaient une hypertrophie ganglionnaire, mais sans caséification; pas de chancre d'inoculation; le tableau était celui de la granulie expérimentale avec des lésions inflammatoires, non folliculaires, sans cellules géantes. Au contraire, un lapin, inoculé avec ce même microbe, montra au poumon des lésions folliculaires avec cellules géantes, épithélioïdes et lymphoïdes. Les granulations renfermaient de nombreux bacilles.

Enfin, P. et N. firent chez divers malades des intradermo-réactions avec la tuberculine de Koch et avec la paratuberculine obtenue avec leur bacille qui poussa sur milieu de Petragnani. Dans tous les cas (12 cas) de lupus érythémateux, ils obtinrent une intradermo positive avec leur tuberculine alors que la tuberculine de Koch ne donna que 9 réactions positives sur 12. Dans 3 cas de lupus tuberculeux, 1 cas d'adénite bacillaire, la tuberculine de Koch donna une intradermo positive, alors que leur paratuberculine donna un résultat négatif.

R. Burnier.

Pessano et Negri. ***Culture de bacille paratuberculeux obtenu par l'ensemencement de fragments de lichen plan sur milieu de Petragnani*** (*Revista argentina de dermatosifilologia*, t. XVII, Décembre 1933). — On sait que Milian a soutenu la nature tuberculeuse du lichen plan.

P. et N. ont ensemencé des fragments de lichen plan typique, vérifié par l'histologie, en milieu de Petragnani; ils obtinrent un bacille paratuberculeux, analogue à celui qu'ils avaient obtenu avec des fragments de lupus érythémateux (v. plus haut).

Un cobaye inoculé sous la peau avec des fragments de tissu et sacrifié au bout de 4 mois et 1/2 montra des granulations dans la rate et des plaques opalines dans le gros intestin.

L'inoculation intraveineuse de 20.000 germes à un singe entraîna la mort par granulie généralisée; l'ensemencement des viscères sur milieu de Petragnani donna d'abondantes colonies pures du bacille inoculé.

Le bacille en question est-il l'agent causal du lichen plan? Y a-t-il une parenté causale entre le lichen plan et le lupus érythémateux? De nouvelles recherches sont nécessaires pour résoudre ces problèmes.

R. Burnier.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

Verbrugge et **Derom.** ***Le traitement des pseudarthroses*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 31, 5 Août 1933). — Il s'agit d'un rapport présenté par V. et D. sur le traitement des pseudarthroses. Ce rapport contient deux parties distinctes: l'étude des diverses causes de pseudarthroses et des méthodes thérapeutiques chirurgicales et médicales; d'autre part, la statistique de Lambotte-Verbrugge sur leurs cas de pseudarthroses. C'est cette dernière partie seule que nous analyserons, car si tout le reste du rapport est une excellente mise au point il ne peut guère prétendre à trouver des idées nouvelles sur un sujet aussi étudié. Par contre le travail statistique, inédit, est du plus haut intérêt.

V. et D. ont réuni 135 observations concernant 119 hommes et 16 femmes; la majeure partie des cas ont été observés entre 30 et 50 ans et les pseudarthroses dataient en moyenne de 7 mois. Sur les 135 cas, elle s'est localisée sur 147 os, par ordre de fréquence: jambe, fémur, col fémoral, rotule, humérus, deux os de l'avant-bras, cubitus et quelques autres localisations rares. Les interventions pratiquées ont été les suivantes:

Ostéosynthèses (cerclages, plaques, fixateurs, vissages): 127 cas.

Greffe d'Albee: 8 cas.

Greffes totales: 5 cas.

Greffes interfragmentaires: 2 cas.

Ostéosynthèse après échec de greffe: 1 cas.

Greffe après échec d'ostéosynthèse: 1 cas.

Ostéosynthèse et greffe associées: 1 cas.

Les résultats sont les suivants: 2 décès par pneumonie (dans les fractures du col fémoral); 3 échecs (2 humérus, 1 cubitus); greffes totales et Albee, 6 cas avec 5 succès et 1 succès partiel; greffes interfragmentaires: 3 cas, 3 insuccès. Dans l'ensemble, 4 insuccès sur 127 ostéosynthèses.

La cause des pseudarthroses n'est pas toujours notée; dans 79 cas, il s'agissait d'un défaut de réduction ou d'une interposition; 10 fois il y avait eu une intervention précédente; 1 cas dépendait d'une esquillectomie étendue; dans 4 cas, il y avait eu cal vicieux avec fracture du cal et pseudarthrose consécutive; 2 cas de pseudarthrose au contact; 4 cas de pseudarthroses pathologiques (ostéite kystique 1; ostéomyélite 3); dans 4 cas seulement il s'agissait de pseudarthroses avec pertes de substances qui furent traitées par la greffe osseuse.

J. Sénèque.

JOURNAL BELGE D'UROLOGIE
(Bruxelles)

V. Cantinieaux. ***Les suites de la néphrectomie dans le traitement de la tuberculose rénale*** (*Journal Belge d'Urologie*, t. VII, n° 6, Décembre 1933). — Ce travail est une bonne revue générale des indications et des contre-indications de la néphrectomie. Cette opération est le traitement de choix de la tuberculose rénale. Il en faut critiquer sévèrement les contre-indications: les principales sont les suivantes:

1° La *bacillurie* (à bacilles de Koch), sans pyurie, mais sous la condition d'une stricte surveillance chirurgicale du malade.

2° La *pyurie amicrobienne*, sauf si la vessie présente des lésions tuberculeuses, ou si la fonction d'un rein est très abaissée ou si la pyélographie montre des cavernes dans le rein suspect.

3° La *néphrite azotémique* si elle s'accompagne d'une forte insuffisance fonctionnelle qui ne cède pas au traitement.

4° La *néphrite chlorurémique;* mais elle cède presque toujours au traitement médical.

5° Les *tumeurs*, les *grosses hydronéphroses* et les *gros calculs du rein opposé*. Mais une pyélonéphrite, un petit calcul pyélique ne sont pas des contre-indications; il suffit de désinfecter le rein ou d'enlever le calcul avant de pratiquer la néphrectomie du rein tuberculeux.

6° La *tuberculose rénale bilatérale* sauf si le second rein est peu atteint, sauf si l'on pense que l'ablation du plus malade des 2 reins mettra fin à des troubles inquiétants soit locaux (pyonéphrose, hématuries, douleurs, abcès périnéphrétique), soit généraux (fièvre, cachexie).

C. étudie ensuite l'influence sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire des *autres localisations tuberculeuses coexistantes:* tuberculose génitale, vertébrale, ganglionnaire, anale, pleurale, pulmonaire.

Puis il fixe la conduite à tenir devant les *affections non tuberculeuses ou localisées à d'autres appareils que l'appareil urinaire* (maladies aiguës, cardiopathie, diabète, infection colibacillaire).

On ne doit tirer de contre-indications opératoires ni de l'*âge*, ni de la *grossesse*, ni de l'*état fébrile*.

Les coups de fouet que la tuberculose semble subir après les interventions ne sont bien souvent que des coïncidences. Cependant l'acte opératoire, et peut-être du fait de l'anesthésie, est capable de donner naissance à des phénomènes d'allergie: la cuti-réaction positive avant l'intervention devient ensuite négative. Pour éviter les dangers de ce fléchissement de l'organisme il faut recourir à un traitement approprié pré- et post-opératoire.

C. est très sceptique sur l'utilité des traitements vaccinaux. Il déconseille, pour leur inefficacité et leur danger, l'emploi des sels d'or.

85 malades ont donné une mortalité de 21,5 pour 100. La mortalité dans l'année de l'opération a atteint le chiffre de 10 pour 100.

G. Wolfromm.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

M. Binger et **N. Keith.** ***L'action des diurétiques sur les différents types d'œdème*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 26, 23 Décembre 1933). — B. et K. ont étudié l'action des diurétiques modernes (chlorure de calcium et d'ammonium; nitrate d'ammonium; dérivés de la théobromine; composés mercuriels organiques) sur 216 malades atteints d'œdème de cause variée: glomérulonéphrite, néphrose lipoïdique, asystolie, insuffisance hépatique, cancer abdominal, polynévrite, myxœdème.

Les diurétiques acidifiants (chlorure de calcium ou d'ammonium; nitrate d'ammonium) donnent une diurèse importante, mais ils ont un danger: l'acidose, qui se traduit par une baisse importante de la réserve alcaline, et, dans quelques rares cas, par des symptômes cliniques surtout respiratoires. En outre, surtout chez les malades atteints d'insuffisance rénale, ils déterminent assez souvent une augmentation de la rétention uréique et une diminution de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine. Cette tendance à l'acidose est surtout nette pour les sels contenant du chlore; le nitrate d'ammonium, par exemple, est beaucoup moins acidifiant que le chlorure d'ammonium.

Les diurétiques mercuriels sont très peu toxiques, d'ordinaire admirablement tolérés. Administrés concurremment avec les diurétiques acidifiants, ils ont une action particulièrement intense et n'augmentent pas la tendance à l'acidose.

L'action immédiate de ces diurétiques est presque toujours excellente dans tous les cas d'œdème: en particulier, dans la néphrose lipoïdique, où B. et K. ont obtenu une disparition de l'œdème dans 100 pour 100 des cas. L'action à distance est évidemment moins favorable, car les diurétiques ne sont que des médicaments symptomatiques incapables d'arrêter l'évolution d'une néphropathie ou d'une cardiopathie. Il n'en reste pas moins que la pharmacopée contient maintenant un arsenal de diurétiques particulièrement efficaces et peu toxiques, extrêmement précieux pour le médecin.

R. Rivoire.

J. Driver et **H. Shaw.** ***Les doses couplées de vaccin antityphique dans la pyrétothérapie de la neuro-syphilis*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 26, 23 Décembre 1933). — De nombreux auteurs ont préconisé l'emploi des injections intraveineuses de vaccin antityphique pour remplacer la malariathérapie dans le traitement de la neuro-syphilis; mais ces injections ont le défaut de ne donner le plus souvent qu'une ascension thermique relativement modérée, même en employant de fortes doses. D. et S. ont remédié à cet inconvénient en utilisant une technique déjà proposée par Nelson: on injecte une première dose modérée de T.A.B., puis, au moment du maximum de fièvre qui suit cette injection, c'est-à-dire 1 h. 1/2 à 3 heures après, on injecte une seconde dose modérée de vaccin; il en résulte une nouvelle exacerbation thermique, qui atteint des chiffres de 42 à 43, impossible à obtenir en général avec une forte dose unique.

Cette méthode s'est montrée entre les mains des auteurs particulièrement fidèle, et sans danger. Quant aux résultats thérapeutiques, ils sont vraisemblablement inférieurs à ceux de la malariathérapie, qui semble de plus en plus agir par un processus différent de la simple pyrétothérapie.

R. Rivoire.

H. Diehl. ***Le traitement médical du rhume de cerveau*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CI, n° 26, 23 Décembre 1933). — D. a entrepris une très vaste enquête destinée à trouver la meilleure médication du rhume de cerveau. De toutes les drogues étudiées, seuls les alcaloïdes dérivés de l'opium se sont montrés réellement efficaces: en particulier, l'association codéine-papavérine (1 centigr. de chaque, 4 à 6 pilules par jour) a déterminé une considérable amélioration dans 75 pour 100 des cas de coryza aigu, et s'est montrée dépourvue de toxicité aux doses utilisées. Par contre, elle n'a aucune action sur les coryzas subaigus ou chroniques ni sur la grippe. Les dérivés salicylés, en particulier l'aspirine, n'ont pas eu plus d'action que les tablettes de lactose utilisées comme témoin.

R. Rivoire.

W. Craig et **J. Kernohan.** ***Les kystes cérébraux*** (*The Journal of the American medical Association*, t. CII, n° 1, 6 Janvier 1934). — Les kystes cérébraux rencontrés à l'opération peuvent être congénitaux (kyste parencéphalique, kyste simple), traumatiques (hématome sous-cortical, kystes calcifiés, kystes simples), parasitaires (échinococcose), et surtout néoplasiques: on peut voir des kystes en effet dans presque toutes les variétés de tumeurs cérébrales, surtout dans les tumeurs gliomateuses (spongioblastome polaire, oligodendrigliome, astrocytome, gangliocytome); plus rarement, dans les hémangio-endothéliomes et les méningiomes.

Seuls les kystes néoplasiques contiennent un liquide xanthochromique; tous les autres kystes contiennent un liquide clair.

La décompression et le drainage sont souvent suivis d'une longue période d'amélioration symptomatique, permettant des interventions plus radicales.

R. Rivoire.



ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 5 cachets par jour pendant 8 jours.
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L.BOIZE ET G.ALLIOT
9, AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7^e^



MEDICAL JOURNAL AND RECORD

(New-York)

Herman B. Philips (New-York). ***La valeur de l'application de rayons X sur le foie dans la polycytémie*** (*Medical Journal and Record*, t. CXXXVIII, n° 11, 6 Décembre 1933). — Chez une femme de 30 ans, atteinte de splénomégalie avec polycytémie, ayant débuté peu après un accouchement prématuré consécutif à un traumatisme, la splénectomie n'entraîna aucune amélioration. La radiothérapie des os longs amena une réduction momentanée du nombre des hématies, mais le nombre des thrombocytes continua à augmenter (jusqu'à plus de 700.000) et à menacer la vie de la malade.

L'irradiation du foie, instituée au moment où l'état de la malade était le plus critique, amena une diminution des plaquettes et des hématies et une amélioration de tous les symptômes. Il est impossible de faire un pronostic à distance; cependant la prolongation de la vie de 4 années, et le fait que l'on put rester 2 ans sans instituer un traitement pour maintenir les éléments sanguins à un taux satisfaisant, et la réponse immédiate obtenue ultérieurement par la radiothérapie combinée du foie et des os longs, sont des éléments encourageants et l'on peut espérer que, grâce à cette méthode, on pourra prévenir la venue de nouveaux accidents.

Après la splénectomie ou la destruction de la rate par un processus pathologique, il est probable que le foie remplace la rate dans ses fonctions, c'est-à-dire dans la destruction des hématies détériorées. L'irradiation du foie, par son effet stimulant, renforce ce processus et rend cet organe capable de suffire à ses nouvelles fonctions.

Il sera intéressant de poursuivre cliniquement et par les méthodes de laboratoire l'étude de ce procédé logique dans le traitement de la polycytémie vraie.

Robert Clément.

Donald A. Laird (Hamilton). ***Le métabolisme du calcium et la qualité du sommeil*** (*Medical Journal and Record*, t. CXXXVIII, n° 11, 6 Décembre 1933). — Les expériences furent faites durant les mois d'hiver quand le métabolisme du calcium est le plus bas dans les zones tempérées. Pendant une quinzaine de jours, des jeunes gens bien portants étaient au régime ordinaire, déficient en calcium; au cours d'une autre quinzaine, ils recevaient, en outre de leur alimentation, 3 fois par jour au moment des repas, une préparation contenant du calcium et du phosphore en parties égales et une certaine quantité de vitamine D; après une semaine, le dosage du calcium sérique par la méthode de Clark-Collip montre une augmentation du taux du calcium dont la moyenne passe de 11 milligr. 51 pour 100 à 11 milligr. 88.

Au régime normal, les sujets en expérience dormaient en moyenne 8 heures 7 minutes; pendant les périodes où le régime apportait à l'organisme une plus grande quantité de calcium et de fixateur de calcium, la moyenne du sommeil était 7 heures 59 minutes. La différence de 8 minutes par jour est insignifiante et n'autorise pas à suggérer que la moindre irritabilité due au taux plus élevé de la calcémie entraîne un besoin de sommeil moins grand.

L'augmentation du taux du calcium dans les humeurs améliore nettement la qualité du sommeil normal. Le sujet s'endort plus facilement. Les réveils spontanés le matin sont plus fréquents et plus euphoriques.

Robert Clément.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS

(Chicago)

J. A. Smith (Boston). ***Opération césarienne au « Boston Lying-in Hospital ». Fréquence, indications et mortalité maternelle et fœtale de 1894 à 1931*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LVII, n° 5, Novembre 1933). — De 1894 à 1931 inclus, il a été fait au Boston Lying-in Hospital 1.556 opérations césariennes avec une mortalité de 4,9 pour 100.

Il y a eu 913 opérations primitives; sur ce nombre 527, soit 58 pour 100, ont été pratiquées pour disproportion du bassin ou pour dystocie cervicale sans autre indication ou complication. Actuellement cette indication n'intervient plus que dans 1/3 des cas. Les autres cas ont été provoqués par 95 fois une maladie de cœur, 73 fois toxémie ou néphrite, 76 fois décollement prématuré du placenta, 44 fois placenta prævia et 98 fois indications diverses. L'intervention chez les cardiaques qui n'ont pas présenté de défaillance cardiaque et n'ont pas d'autre indication est moins utilisée. Au contraire on intervient davantage pour placenta prævia. Les interventions pour déformations pelviennes ou une dystocie cervicale sont passées de 12 pour 1.000 accouchements il y a 15 ans à 5 pour 1.000 pendant les 4 dernières années, indiquant une attitude plus conservatrice envers ce type d'opération. Le nombre total des césariennes depuis les 16 dernières années est de 30 pour 1.000 accouchements.

Environ la moitié des césariennes sont maintenant des césariennes itératives. La mortalité des opérations primitives pour déformations pelviennes ou dystocie cervicale est maintenant de 1 pour 100 environ et celle des opérations itératives de 3 pour 100. Le chiffre élevé (4,5 pour 100) de la moyenne générale est dû au chiffre élevé de la mortalité dans les opérations primitives pour affections cardiaques ou rénales.

La mortalité fœtale varie avec les indications de l'intervention. En cas de césarienne pour malformations pelviennes, elle a été dans les 16 dernières années de 2 pour 100, dont la moitié environ due à des anomalies congénitales. Dans les césariennes itératives, la mortalité a été de 4 pour 100, cette augmentation étant due principalement au grand nombre des prématurés ainsi mis au monde.

Dans le groupe des toxémiques, néphrétiques et cardiaques, la mortalité des nouveau-nés est élevée, due à la prématurité; aussi peut-on discuter si la césarienne est supérieure à l'accouchement naturel pour ces prématurés. M. Guibé.

THE LANCET

(Londres)

David Harley. ***Le rhume des foins. Le mécanisme de la désensibilisation spécifique*** (*The Lancet*, n° 5757, 30 Décembre 1933). — H. a traité 10 cas de rhume des foins avec des doses massives d'extrait de pollen d'herbe de Timothée (*phleum pratense*). Il s'est servi d'une solution alcaline de 100.000 unités par centicube dont il faisait des dilutions de façon à injecter d'abord 80 unités pour tâter la susceptibilité et de progresser à raison de 3 à 5 injections sous-cutanées par semaine jusqu'à la dose de 100.000 unités. Au bout d'un temps variable suivant les sujets, les symptômes disparurent complètement. Parallèlement, la sensibilité de la peau recherchée par des injections intradermiques diminua par ce traitement. Les réactions générales, à condition de faire ce traitement très progressif, sont presque nulles et cèdent toujours à l'injection d'adrénaline. André Plichet.

LA RIFORMA MEDICA

(Naples)

G. B. Audo-Gianotti et **C. Rivolta.** ***Recherches sur la glycémie expérimentale pendant l'action de substances photo-dynamiques*** (*La Riforma Medica*, t. XLIX, n° 21, 27 Mai 1933). — L'action des substances photodynamiques sur le métabolisme des albuminoïdes et des sucres a été démontrée par Pineussen, Rothman, Finkelstein. A. et R. ont étudié celle de la trypaflavine et du sulfate de quinine sur la glycémie; des sujets sains exposés au soleil ingèrent 100 gr. de glucose; on leur injecte 20 centigr. de trypaflavine dans une veine ou on leur fait absorber 2 gr. de sulfate de quinine, de façon à faire coïncider l'augmentation de la glycémie avec le maximum du taux des substances fluorescentes en circulation. On observe souvent une diminution de hauteur et de durée de la courbe d'hyperglycémie; avec le sulfate de quinine, on note en outre une baisse de la glycémie initiale : tous ces résultats étant établis par comparaison avec la courbe glycémique déterminée après ingestion de glucose, sans administration de substances photodynamiques. A. et R. pensent que ces substances agissent sur le système vagal et sur la sécrétion insulinique secondaire.

Lucien Rouquès.

L. d'Antona. ***Nouvelle contribution à la connaissance de l'activité pathogène de l'entérocoque. La pneumonie entérococcique*** (*La Riforma Medica*, t. XLIX, n° 24, 17 Juin 1933). — D'A. rapporte l'observation d'un malade atteint d'une affection qui cliniquement et à l'autopsie se présentait comme une pneumonie franche; l'inoculation des crachats à la souris blanche permit d'isoler un diplocoque typique, agglutiné par un sérum antipneumo II; un examen bactériologique plus complet montra qu'il s'agissait en réalité d'un entérocoque.

L'entérocoque peut donc déterminer chez l'homme le tableau clinique et anatomique de la pneumonie; le malade avait également une endocardite végétante que d'A. a pu reproduire chez le lapin par inoculation du germe isolé; d'A. a d'ailleurs rapporté récemment une observation d'endocardite lente type Osler due à l'entérocoque (travail déjà analysé dans ce journal). Il y a une parenté étroite entre le streptocoque, le pneumocoque et l'entérocoque, et l'agglutination de l'entérocoque par un sérum anti-pneumo est à rapprocher de celle du streptocoque anhémolytique par le même sérum.

Lucien Rouquès.

T. de Sanctis Monaldi. ***Bactériémie transitoire à streptocoque viridans; auto-vaccinothérapie*** (*La Riforma Medica*, t. XLIX, n° 30, 29 Juillet 1933). — S. rapporte les observations de 2 femmes de 39 et 25 ans, ayant une insuffisance mitrale rhumatismale, qui ont présenté sans cause apparente une fièvre persistante et irrégulière avec anémie, amaigrissement, splénomégalie et, dans un cas, hématurie microscopique; l'hémoculture a donné chez ces 2 malades un *streptococcus viridans* et l'amélioration, puis la guérison, ont coïncidé avec une auto-vaccinothérapie intramusculaire à fortes doses. La coexistence d'une lésion valvulaire ancienne et d'une hémoculture positive suffit-elle à justifier le diagnostic d'endocardite lente? S. ne l'admet pas, car les bruits cardiaques surajoutés ne se sont pas modifiés au cours de l'évolution. Il ne s'est agi que de bactériémie transitoire survenue dans un cas après une angine et dont le point de départ dans l'autre a probablement été une pyorrhée alvéolo-dentaire. On a rapporté un certain nombre d'observations d'endocardite lente

avec guérison : toutes, sauf peut-être celle de Dimitracoff, doivent être interprétées comme de simples bactériémies à point de départ bucco-pharyngé survenant fortuitement chez des porteurs de lésions valvulaires, sans que le streptocoque se fixe sur l'endocarde.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA
(Turin)

L. Gedda. ***Les caractères chimiques de la diurèse actinique et l'action synergique des diurétiques mercuriels*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 23, 9 Juin 1933). — Les rayons U. V. activent la diurèse, principalement lorsque l'irradiation est faite au cours d'une épreuve d'ingestion d'eau. Chez les sujets sains, l'augmentation de la diurèse est manifeste dans les deux premières heures, puis les reins s'efforcent de réduire la polyurie provoquée par l'irradiation; les reins qui éliminent une quantité d'eau supérieure à celle ingérée réagissent intensément aux rayons, tandis que ceux qui n'éliminent qu'incomplètement l'eau ingérée réagissent moins bien. Cette action des rayons U. V. sur l'épreuve d'ingestion d'eau montre que celle-ci subit l'influence de facteurs extra-rénaux. L'irradiation provoque en général une augmentation de la sécrétion uréique en valeur absolue, mais l'élimination de l'urée reste, en général, à peu de choses près, proportionnelle à la diurèse; l'augmentation de l'élimination des chlorures est plus accentuée et se prolonge davantage et la teneur de l'urine en chlorures augmente nettement. L'action diurétique des rayons U. V. et des sels mercuriels est synergique et, en pratique, on peut utiliser les rayons U. V. pour renforcer l'effet diurétique de ces sels.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Lanza. ***L'équilibre glycémique dans les affections du foie*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 23, 9 Juin 1933). — La *glycémie à jeun* est le plus souvent voisine des limites normales chez les hépatiques; sur 27 malades examinés, L. n'a jamais trouvé d'hypoglycémie et de l'hyperglycémie dans 22 pour 100 seulement des cas, sans que celle-ci soit l'indice d'une lésion spécialement grave. L'épreuve d'*hyperglycémie alimentaire* n'a été normale que dans 13 pour 100 des cas, étant dans les autres retardée, excessive ou prolongée; les modifications les plus profondes s'observent dans les hépatites syphilitiques à un stade avancé et les cirrhoses atrophiques. Cette épreuve présente un certain parallélisme aux autres méthodes d'exploration, en particulier à la glycuronurie provoquée, mais il est impossible de baser sur ses résultats seuls une appréciation exacte de la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique. La *réaction glycémique adrénalinique* chez les hépatiques est en général atténuée, parfois même nulle ou inversée, rarement exagérée ; elle est d'autant plus faible que l'hyperglycémie alimentaire est plus forte; plus l'insuffisance fonctionnelle est grave, moins l'hyperglycémie adrénalinique est élevée.

LUCIEN ROUQUÈS.

C. Currado. ***Rupture spontanée de la rate au cours de la malariathérapie*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 23, 9 Juin 1933). — Un homme de 30 ans, atteint d'une affection nerveuse proche de la sclérose en plaques, est malarié; le 8e jour, il présente son premier accès; le 11e jour, la rate devient nettement palpable; le 18e jour, après le 6e accès, le malade meurt brusquement : une vérification partielle montre une inondation péritonéale dont le point de départ est la rate réduite en morceaux.

Ce cas est le vingtième de rupture de la rate au cours de la malariathérapie ; en général, le tableau clinique est celui d'une vive douleur splénique avec signes de choc et d'hémorragie interne; l'intervention n'a été pratiquée que dans un cas et avec succès. La rupture est certainement plus fréquente après malariathérapie que dans le paludisme spontané : on l'a attribuée à la perte d'élasticité de la rate, consécutive à la sclérose syphilitique; mais la rupture peut survenir, comme dans le cas rapporté, chez des non syphilitiques; aucune des autres hypothèses proposées n'est plus satisfaisante.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Casanova et **C. d'Ignazio.** ***Endocardite végétante aortique due au brucella melitensis*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. II, n° 33, 18 Août 1933). — Les endocardites sont considérées comme exceptionnelles au cours de la fièvre de Malte et les souffles cardiaques interprétés comme d'origine anémique ou fonctionnelle. Un malade de 28 ans présente, vers le troisième mois d'une fièvre de Malte confirmée par l'hémoculture et le séro-diagnostic, de la dyspnée d'effort, de la tachycardie et des œdèmes progressifs; on entend un souffle systolique aortique; les urines contiennent des hématies et des cylindres; le malade meurt au bout de 9 mois en pleine insuffisance cardiaque. A l'autopsie, on trouve une endocardite végétante de la sigmoïde aortique et des infarctus multiples dans la rate et les reins; le mélitocoque est obtenu en culture pure à partir des végétations et de la pulpe splénique.

Une observation semblable a été publiée en Amérique par de La Chapelle : il est donc certain qu'il existe au cours de la fièvre de Malte des endocardites avec embolies, rappelant tout à fait l'endocardite lente à streptocoque viridans.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

P. Guizetti. ***Recherches anatomiques sur l'hypophyse et le système hypophyse-diencéphale dans les cas d'adiposité n'appartenant pas au type de Frœlich*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. LVII, n° 6, Juin 1933). — Les 12 malades, base de ce travail, sont des femmes de 44 à 80 ans, dont 10 de plus de 60 ans, atteintes d'obésité n'appartenant pas au type de Frœlich et développée dans la plupart des cas à l'âge critique. L'examen de l'hypophyse n'a montré que des modifications banales chez les sujets du même âge; dans deux cas où le corps thyroïde était petit et dur, la substance éosinophile était moins abondante et les cellules chromophobes mieux limitées qu'à l'état normal. G. a tendance à rattacher ces anomalies légères à la lésion thyroïdienne, en ayant rencontré d'assez comparables chez des goitreux. Le tuber et l'infundibulum examinés dans 4 cas ont été trouvés normaux. Les obésités n'appartenant pas au type de Frœlich ne dépendent donc pas d'altérations hypophyso-diencéphaliques, tout au moins pour celles qui ne sont pas monstrueuses : dans celles-ci, en effet, G. a observé l'atteinte des noyaux neuro-végétatifs.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Cionini. ***Les altérations des protéines sériques, indice de l'état fonctionnel du foie au cours des affections de l'organe*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. LVII, n° 6, Juin 1933). — De l'étude de 63 cas d'affections hépatiques variées longtemps suivis, il résulte que les altérations des protéines sériques sont constantes dans les hépatites chroniques diffuses déterminant un certain degré d'insuffisance fonctionnelle; sans rapport avec la cause ou les signes de l'affection, elles lui évoluent parallèlement, s'accentuant ou rétrocédant suivant que l'état s'aggrave ou s'améliore. La globuline augmente et la sérine diminue, les protéines totales restant dans la majorité des cas dans les limites normales ou peu en dessous de la limite normale inférieure; il n'est cependant pas exceptionnel de trouver une hyper ou plus souvent une hypo-protéinémie nette. Dans l'interprétation des résultats, il faut tenir compte, à côté du rapport sérine-globuline, du taux des protéines totales, même lorsqu'il est dans les limites normales; à valeurs égales du quotient, les fonctions hépatiques sont d'autant plus compromises que le taux des protéines totales est moins élevé et inversement. Le dosage des protéines sériques paraît être, dans les hépatites chroniques, un moyen pratique et exact de détermination de l'état fonctionnel de l'organe, supérieur aux autres méthodes et capable de renseigner avec assez de précision sur l'évolution de l'affection.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE MEDICO DELL'ALTO ADIGE
(Bolzano)

A. Conti. ***L'action hypoglycémiante de l'acide chlorhydrique*** (*Giornale medico dell' Alto Adige*, t. V, n° 4, Avril 1933). — On tend à admettre qu'il existe une corrélation fonctionnelle entre les sécrétions externe et interne du pancréas et que l'acide chlorhydrique a une action indirecte sur la glycorégulation en provoquant la formation de sécrétine. L'administration par la bouche de L à C gouttes d'acide chlorhydrique officinal détermine presque constamment une baisse de la glycémie, qui reste légère chez les non diabétiques, mais qui est manifeste chez les diabétiques, surtout lorsque l'épreuve est pratiquée à jeun. La baisse de la glycémie est sensiblement la même, lorsque l'on introduit l'acide directement dans le duodénum (60 centicubes à 2 p. 1000), mais moins fréquente. Chez les diabétiques, la pilocarpine et l'atropine en injection ne modifient pas la baisse de la glycémie.

L'action hypoglycémiante de l'acide est inconstante chez le chien; dans un cas où elle était nette, elle a été supprimée par l'ablation du pancréas.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Guarino. ***Formule leucocytaire et réserve alcaline*** (*Giornale medico dell' Alto Adige*, t. V, n° 4, Avril 1933). — Schilling et Gröbel et d'autres auteurs ont prétendu que l'acidose allait de pair avec une polynucléose et l'alcalose avec une lymphocytose, tandis que le nombre total des leucocytes ne présentait pas de modifications constantes. G. a traité des chiens par des injections intraveineuses d'acide phosphorique ou sulfurique, a lié chez d'autres les deux uretères et dans une troisième série l'intestin dans sa partie haute; dans tous ces cas et chez 30 malades atteints d'affections variées, il a comparé les variations de la formule leucocytaire et de la réserve alcaline; il n'a pu trouver de relation constante entre elles et l'acidose, par exemple, peut très bien coïncider avec une lymphocytose.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACTA DERMATOLOGICA
(Kioto)

Saito. ***Un cas de parapsoriasis avec leucodermie consécutive*** (*Acta dermatologica*, t. XXI, fasc. 5-6, 1933). — Plusieurs auteurs ont déjà rapporté des cas de parapsoriasis, laissant après guérison une leucodermie plus ou moins étendue.

S. a observé une femme de 47 ans, non syphilitique, présentant sur le tronc, le cou, les cuisses, des taches érythémato-squameuses de parapsoriasis, isolées ou groupées, de coloration rosée, jaunâtre ou brunâtre, dont le début remontait à 10 ans. La biopsie confirma le diagnostic de parapsoriasis.

L'arsenic aggrave les lésions, tandis que la pilocarpine paraît les améliorer.

On assiste ensuite à une dépigmentation de certaines taches, d'abord sur la nuque, puis sur les cuisses et enfin sur le thorax; ces taches blanches vitiligoïdes avaient la grandeur d'un pois à un œuf de pigeon. A la nuque, ces taches offraient l'aspect d'une leuco-mélanodermie syphilitique; sur le tronc et les cuisses, on pouvait errer avec un psoriasis, un pityriasis versicolor ou une tricophytie, si on n'avait pas vu évoluer les lésions sous les yeux. R. Burnier.

JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Ichikawa et **Ohmori.** ***L'exanthème gonococcique*** (*The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. XXXIV, n° 5, Novembre 1933). — Un homme de 23 ans est atteint de blennorragie; ses urines sont troubles; elles renferment de nombreuses cellules de pus et des gonocoques intra- et extra-cellulaires. Sur tout le corps, sauf la face, apparaît un érythème, un peu prurigineux, formé d'éléments de la grandeur d'un pois à un œuf de poule; pas de papules, ni de pustules, ni d'hémorragies.

La biopsie montre des lésions analogues à celles d'un érythème polymorphe: infiltration périvasculaire de cellules rondes et œdème dans la couche supérieure de la peau. Infiltration légère de leucocytes et de mastzellen.

On trouve des gonocoques dans et entre les cellules d'infiltration, dans les capillaires et dans l'épiderme légèrement œdémateux. A côté des formes normales en diplocoques, il existe des formes dégénérées en monocoques dans les capillaires.

Bien que la culture du sang et de l'exanthème n'ait pas été faite, on peut affirmer que les diplocoques trouvés dans les préparations histologiques étaient bien des gonocoques.

L'éruption disparut en 8 jours sans traitement.

Il s'agit donc d'un cas d'érythème gonococcique à type d'érythème polymorphe, survenu sans autre complication grave aiguë et brusquement généralisé. C'est le premier cas japonais où l'on ait pu déceler le gonocoque dans la peau de l'exanthème.

R. Burnier.

NORSK MAGASIN FOR LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

Klaus Hansen, H. I. Offerdahl, B. Erikson, ***Recherches d'utilisation de la graisse de baleine dans l'intestin humain*** (*Norsk Magasin for Lagevidenskapen*, n° 12, Décembre 1933). — Le but de ces recherches était de comparer les proportions de résorption de la graisse de baleine aux proportions de résorption du beurre naturel. L'expérience a été faite sur un homme de 27 ans, de 87 kilogr. 500, et une femme de 26 ans, de 61 kilogr. 100.

Ces sujets furent mis à une nourriture constante proportionnée à leurs besoins en calories. Ils reçurent respectivement 150 gr. de beurre pendant 6 jours et 80 gr. de beurre pendant 5 jours.

Puis, pendant 8 jours et 10 jours, le beurre fut remplacé par une quantité équivalente de graisse de baleine. A la fin, on donna aux deux sujets du beurre pendant 5 jours.

Non seulement la résorption des graisses, mais encore celle de l'azote alimentaire et l'utilisation des calories, fut aussi bonne pendant l'alimentation avec la graisse de baleine que dans la période où les sujets ingéraient du beurre. On peut en conclure que la graisse de baleine durcie n'irrite pas l'intestin et que, comme source de calories, elle est équivalente au beurre naturel.

Erling Hammerstad.

Gumar Benestad. ***2 cas de septicémie à bacille de Pfeiffer*** (*Norsk Magasin for Lagevidenskapen*, n° 1, Janvier 1934). — Chez une enfant de 9 mois, entrée à l'hôpital avec des signes de méningite purulente et une arthrite du genou, on trouve, par hémoculture, un bacille ayant tous les caractères du bacille de Pfeiffer. La petite malade mourut en 13 jours.

Le deuxième cas était celui d'un homme de 44 ans, atteint d'angine avec œdème du cou. Il se développa un empyème pleural bilatéral et une péricardite purulente. La mort survint en 5 jours. Le nombre de globules blancs atteignit d'abord 13.000 pour tomber le jour suivant à 2.800 et le 3e jour à 3.700. Dans les cultures de l'angine, du pus et du sang, on trouva un bacille montrant tous les caractères du bacille de Pfeiffer.

Erling Hammerstad.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Varsovie)

Cz. Mazur. ***Un cas d'encéphalite post-vaccinale avec hémiplégie*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 17, 23 Avril 1933). — Observation d'un enfant de 13 mois qui a présenté 4 jours après la vaccination antivariolique des signes d'encéphalite avec hémiplégie droite. Les signes aigus ont régressé, mais les séquelles d'hémiplégie ont persisté malgré une certaine amélioration. Quatre mois après l'enfant a contracté une coqueluche qui a été traitée par le vaccin anticoquelucheux. L'injection du vaccin a été suivie d'une forte réaction thermique avec convulsions, coma et mort rapide.

L'auteur attribue la raison du décès de l'enfant à la para-allergie de Keller.

Fribourg-Blanc.

Fliederbaum et **R. Tislowitz.** ***Etude sur l'influence de l'ammoniaque et du chlorure d'ammonium sur la faculté de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané à faire de l'œdème*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 40, 10 Octobre 1933). — F. et T. rapportent les résultats de l'étude expérimentale faite sur le lapin au sujet de la pathogénie des œdèmes. Ils constatent que tous les composés de l'ammoniaque n'ont pas le même pouvoir hydroscopique pour la peau. L'ammoniaque le diminue tandis que le chlorure d'ammonium l'augmente. Ce fait est en opposition avec la conception de Raadt. Pour expliquer la diversité de l'action des composés ammoniacaux, F. et T. déterminent la pression osmotique des liquides injectés et leur indice pH. La concentration des liquides ne paraît pas avoir un rôle important. Par contre, l'étude du pH des composés ammoniacaux employés souligne l'apparente divergence de leur influence.

1° Le chlorure d'ammoniaque subit une dissociation électrolytique en une base faible (NH^4) et un acide fort (Cl). Son pH est de 6,7.

2° L'ammoniaque en solution aqueuse agit comme une base (son pH oscille entre 8,7 et 9,2).

C'est pour cette raison que la solution acide de chlorure d'ammonium augmente l'hydroscopie de la peau tandis que l'ammoniaque agit comme une base faible et diminue le pouvoir de la peau à faire de l'œdème. On doit conclure que l'action du chlorure d'ammonium administré *per os* en tant qu'agent contre l'œdème est liée à l'action spécifique d'ions d'ammonium sur les tissus, tandis que dans l'injection sous-cutanée de chlorure d'ammoniaque l'action de l'ion Cl est prédominante.

Fribourg-Blanc.

G. Jasienski. ***Quatre cas de spondylose ankylosante traités par la parathyroïdectomie*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XII, n° 44, 29 Octobre 1933, et n° 45, 5 Novembre 1933). — J. réunit 4 cas cliniques de spondylose ankylosante avec déformation de la colonne vertébrale sans troubles d'ordre neurologique. Dans un cas le corps thyroïde était légèrement hypertrophié. L'hypercalcémie sanguine des plus manifestes existait chez tous les malades.

Chez le malade porteur de goitre concomitant, J. a pratiqué l'intervention d'Oppel. Dans les 3 autres cas, il a suivi la technique de Leriche. Les résultats thérapeutiques ont été très heureux et paraissent durables. J. souligne les difficultés réelles pour découvrir les parathyroïdes au cours de l'opération et les avantages offerts par la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure suivant la technique de Leriche.

Le pronostic déplorable de la spondylose ankylosante est une indication suffisante pour tenter l'opération de Leriche dont les inconvénients sont minimes à côté des résultats qu'elle peut donner dans de très nombreux cas.

Fribourg-Blanc.

ARQUIVO DE PATOLOGIA (Lisbonne)

L. S. Raposo. ***Contribution à l'étude de l'immunité anti-cancéreuse*** (*Arquivo de patologia*, t. V, n° 1, Avril 1933). — Cet important travail a été élaboré à l'Institut portugais pour l'étude du cancer. Il repose sur l'étude de 169 cas de cancer mammaire spontané de la souris.

Sur ce nombre, 133 ont pu être greffés. Les transplantations cérébrales n'ont pas réussi en général. L'auteur étudie minutieusement la technique et les conditions de ces greffes.

La sclérose d'un tissu s'oppose au succès des greffes néoplasiques dans ce tissu. D'autre part, les greffes ne reprennent pas dans les tissus baignés par des solutions de pH inférieur à 7 ou supérieur à 8. Mais l'on peut prolonger la survivance des cellules greffées en introduisant, avec les greffons, une certaine quantité de plasma sanguin.

Comme Russell, R. estime que certaines tumeurs déterminées jouissent de la propriété de conférer, par leurs greffes, une immunité, de durée d'ailleurs variable. D'autres ne confèrent aucune immunité. De même les autolysats, obtenus par R. à partir des tumeurs mammaires étudiées.

Il rejette les théories de l'immunité humorale, de la réaction spécifique, de la réaction lymphocytaire, du blocage du système réticulo-endothélial.

Bibliographie très complète de la question.

G. d'Heucqueville.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Mlle **E. Cottin.** ***Le flot lombo-abdominal de Bard dans les épanchements péritonéaux*** (*Le Progrès médical*, n° 2, 13 Janvier 1934). — Le flot lombo-abdominal de Bard doit être recherché le malade étant assis, légèrement penché en avant, d'arrière en avant et non d'avant en arrière; une main percute la région du carré des lombes, l'autre est appliquée contre la paroi abdominale du même côté ou du côté opposé, elle perçoit une sensation de flot. Ici, comme dans la recherche du flot ascitique, il faut éviter la confusion avec les ondulations superficielles des parties molles, erreur possible s'il existe de l'œdème des parois lombaires abdominales ou un météorisme intense.

La recherche du flot lombo-abdominal ne comporte que de très rares causes d'erreurs; il apparaît de bonne heure et peut être considéré comme un signe de début. Les variations du flot selon les divers diamètres de l'abdomen permettent de reconnaître l'existence d'adhérences péritonéales ou de masses indurées et d'en préciser le siège. Elles renseignent également sur l'état pathologique du foie et de la rate.

Le flot très mobile appartient aux cirrhoses chroniques où domine la gêne mécanique; les flots « lourds » caractérisent les cirrhoses rapides plus ou moins aiguës compliquées de péritonite concomitante, fébriles et immédiatement graves.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

M. Favre, P. Croizat et **A. Guichard** (Lyon). ***La myélose aleucémique mégacaryocytaire. Contribution à l'étude des syndromes hépato-spléniques*** (*Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 1, Janvier 1934). — F., C. et G. basent leur description sur la relation de 2 cas personnels et de 7 autres recueillis dans la littérature. Il s'agit d'un syndrome d'hypertrophie hépato-splénique sans adénie, ni réaction hématologique notable, lié à une métaplasie myéloïde diffuse et totale des deux organes. Le foie et la rate, à côté de plages myéloïdes éparses, riches en éléments jeunes des séries rouge et blanche, sont envahis par une multitude de grandes cellules à noyaux bourgeonnants, qui ne sont pas des cellules géantes atypiques, mais ont la signification d'authentiques mégacaryocytes, nés et formés sur place, et ressemblant à des cellules de Sternberg. De tels faits nous introduisent dans la pathologie du système réticulo-endothélial. Ils montrent l'existence de réticulo-myéloses intermédiaires entre les myéloses et les réticulo-endothélioses pures. En règle générale, il n'y a pas de réaction scléreuse viscérale, ce qui éloigne ces faits des splénomégalies inflammatoires, de la maladie de Banti en particulier. Ces divers éléments suffisent à caractériser une véritable entité anatomo-clinique dans l'ensemble si touffu des syndromes hépato-spléniques: très distincte des tumeurs primitives de la rate, elle a plus de rapport avec les leucémies, mais en diffère par son évolution aleucémique; elle diffère également des anémies spléniques et constitue un type bien spécial au milieu du groupement confus des myéloses.

L. Rivet.

Henri Roger et **Maurice Recordier** (Marseille). ***Les polynévrites phosphocréosotiques (phosphate de créosote, gingerparalysis, apiol)*** [*Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 1, Janvier 1934]. — L'emploi en thérapeutique du phosphate de créosote, les falsifications, par des composés phosphocréosotés, soit de l'extrait de gingembre absorbé en guise d'alcool aux Etats-Unis, soit de l'apiol employé en Europe comme abortif, a été la cause d'un assez grand nombre de polynévrites présentant des caractères spéciaux. Elles frappent les 4 extrémités et plus particulièrement les extrémités inférieures. Elles se traduisent à peu près exclusivement par des symptômes moteurs du type paralytique. Elles n'abolissent que les réflexes achilléens. Elles ont une évolution longue, mais habituellement favorable.

Elles sont dues au phosphate du trio-ortho-crésyle, corps qui a été isolé des extraits de gingembre et des apiols falsifiés, et dont l'administration aux animaux, et en particulier à la poule, réalise un tableau clinique analogue aux cas humains, avec production, comme dans quelques cas suivis d'autopsie, de lésions nerveuses périphériques assez intenses, associées à de minimes altérations des cornes antérieures de la moelle.

L. Rivet.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

M. Vassitch (Belgrade). ***Considérations sur le traitement des panaris sous-cutanés des phalanges proximales*** (*Revue de Chirurgie*, t. LII, n° 10, Décembre 1933). — V. en 3 années a eu l'occasion d'opérer 1.169 panaris. Mettant à profit son expérience, V. ne traite dans ce travail que des panaris des phalanges proximales, bien qu'il reconnaisse entre les panaris de la phalange unguéale et les autres toute une variété de panaris intermédiaires qu'il fait rentrer parmi ceux des phalanges proximales.

La disposition du tissu cellulaire en pelotons bridés par du tissu fibreux commande l'évolution, la tendance au sphacèle, au bourbillon, et la thérapeutique de ces panaris.

V. relève 295 panaris sous-cutanés palmaires. L'intervention est indiquée quand la douleur interdit le sommeil (H. Hartmann). Anesthésie locale parfaite, champ exsangue par simple compression bidigitale, telles sont les conditions d'une bonne incision, qui sera le plus souvent une excision elliptique *au point culminant*. Cette excision qui assure un bon drainage peut être encore améliorée par l'emploi temporaire (24 ou 48 h.), d'un petit écarteur en forme d'épingle de sûreté. Depuis que V., abandonnant l'incision latérale, a suivi la technique précitée, il n'a pas eu à déplorer un seul cas de fusée nécessitant une réintervention. La durée des soins n'a pas dépassé 14 jours dans 74 pour 100 des cas en 1929 et 81,5 pour 100 des cas en 1931.

V., à côté des panaris anthracoïdes dorsaux, décrit un panaris sous-cutané dorsal primitif, plus grave que l'anthracoïde. Il conseille l'intervention très précoce, avec incision longitudinale médiane ou latérale au point culminant, avec excision elliptique cutanée large des deux bords. Il note également, dans le panaris anthracoïde vrai, l'existence d'un abcès sous-jacent au bourbillon et souvent méconnu, qu'il y a lieu de rechercher et d'évacuer.

Les bons résultats obtenus justifient la technique employée.

J. Okinczyc.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Chaillet et **P. Etienne-Martin.** ***La « forme catatonique » de l'encéphalite typhique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XV, n° 336, 5 Janvier 1934). — Chez 3 malades âgés de 12, 24 et 38 ans, atteints de fièvre typhoïde typique, C. et E.-M. ont observé, après la phase d'invasion, des symptômes de méningo-encéphalite. L'atteinte méningée est marquée par la raideur de la nuque, le Brudzinsky, le Kernig et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. L'atteinte encéphalitique se traduit par des signes mentaux, un tuphos prononcé, le syndrome catatonique, l'exagération des réflexes et le clonus de la rotule. Dans un cas, une crise d'épilepsie généralisée, terminée par la mort, vint compléter le tableau de l'atteinte de l'encéphale.

La catalepsie ou flexibilité cireuse des membres, le négativisme actif et « l'autisme » (dissociation de la vie extérieure, de la personnalité psychique de l'individu: la malade vit un rêve et non la réalité), constituent 3 symptômes qui autorisent à parler chez ces malades de syndrome catatonique vrai tel que Kalbaum l'a défini dans la forme hébéphrénocatatonique de la démence précoce.

L'examen anatomo-pathologique de l'encéphale dans un cas a montré un processus encéphalitique et méningé d'ordre banal avec par places, surtout au niveau du cortex et des noyaux gris centraux, des îlots de dégénérescence mucoïdes. Ces arguments anatomo-pathologiques, et l'analogie des troubles observés au cours des typhoïdes graves avec les symptômes de la démence précoce et de la catatonie expérimentale obtenue avec la bulbocapnine, autorisent à décrire ces accidents sous le nom de forme catatonique de l'encéphalite typhique.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

M. Taubenhaus (Vienne). ***Diarrhées intercurrentes chez les diabétiques*** (*Medizinische Klinik*, t. XXIX, n° 49, 1er Décembre 1933). — La cause principale de ces diarrhées est surtout l'hyperacidité gastrique, due elle-même au régime imposé au diabétique.

Parfois la synthaline est cause de diarrhée, alors il faudra la proscrire formellement. Enfin on pourra invoquer parfois une insuffisance hépatique ou, plus souvent, une insuffisance pancréatique.

T. propose alors de suivre les règles qu'il indique:

1° Repos et lavements évacuateurs puis:

2° Absorption suffisante d'hydrate de carbone compensée par administration d'insuline.

3° Absorption d'aliments pauvres en sel.

4° Absorption abondante de boissons. Surtout, éviter les graisses; de temps à autre, quelques jours de jeûne absolu, puis on redonne peu à peu de l'avoine sous forme de bouillon et des fruits (compotes ou jus).

Au début les repas sont nombreux mais peu abondants et au fur et à mesure que les symptômes intestinaux régressent on revient à une alimentation normale. La diarrhée chronique se voit rarement chez les diabétiques. Quand on l'observe, il faut surtout penser à une perturbation de la sécré-

tion du suc pancréatique. On suivra alors le régime indiqué plus haut, mais on le prolongera le temps nécessaire.

GUY HAUSSER.

W. Schönfeld (Greifswald). ***Affections cutanées d'origine vaccinale chez des paysans poméraniens*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 1, 5 Janvier 1934). — La vaccine se voit assez rarement chez les paysans bien que l'on constate souvent en Poméranie des affections cutanées dues au travail rural. Elle se voit fréquemment chez les animaux domestiques de cette région et accidentellement elle est transmissible à l'homme. Ces cas de « vaccine » humaine sont toujours extrêmement bénins et c'est pourquoi, le plus souvent, ils n'arrivent pas à la connaissance des médecins.

Cependant S. relate justement un cas de vaccine particulièrement grave puisqu'il évolua fatalement et indique que les enfants qui n'ont pas été préventivement vaccinés se trouvent particulièrement exposés. De même les sujets atteints de vaccine devront être isolés afin de ne pas propager l'affection si autour d'eux il y a des sujets non vaccinés.

Enfin S. se demande s'il y a réellement identité entre la vaccine animale (cow-pox) et la vaccine humaine ou bien s'il s'agit d'affections voisines seulement et il demande pour éclaircir cette question la collaboration étroite entre vétérinaires, médecins, dermatologues et bactériologues.

GUY HAUSSER.

L. Arzt (Vienne). ***Myxœdèmes locaux et maladie de Basedow*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 2. 12 Janvier 1934). — Virchow fut le premier à appeler « myxom » une accumulation locale de sérosité dans les tissus cutanés. D'où vient-elle? Schlagenhaufer, Wagner Jauregg puis Unna ont montré qu'il y avait là accumulation de mucine sécrétée localement.

Or dans plusieurs cas de maladie de Basedow (Richter) on a observé des myxœdèmes localisés (face antérieure du cou-de-pied). Comment peut-on établir la relation entre le myxœdème local et le Basedow? et ensuite pourquoi cette manifestation prédomine-t-elle aux membres inférieurs?

Classiquement le Basedow est lié à une hyperthyroïdie, le myxœdème à une hypothyroïdie. Or il semble que cette notion doive être pour le moins modifiée. Et suivant Meyer-Gotliebe et Pick il semblerait que la glande thyroïde sécréterait un produit de composition variable. L'un des composants serait, pour ainsi dire, basedowifiant, un autre déterminant le myxœdème, etc., on serait en présence de dysthyroïdie. Evidemment, la présence presque exclusive d'un composant montrerait: Basedow pur, myxœdème pur, etc.

Cette question du myxœdème appartient à l'endocrinologie et il sera intéressant de pouvoir déterminer le rôle exact du corps thyroïde sur la peau.

Quant à la localisation du myxœdème local para- ou post-basedowien, elle est constante à la face antérieure des jambes, au 1/3 inférieur (analogue à l'érythrocyanose sus-malléolaire) et sa cause est encore à trouver.

GUY HAUSSER.

H. Gerhartz (Bonn). ***Inflammation chronique du poumon due à l'entérocoque*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 2, 12 Janvier 1934). — G. a déjà relaté récemment qu'une infection entérococcique pouvait amener une inflammation atypique pulmonaire. 2 nouvelles observations confirment cette idée. Le processus pathologique évolue très longtemps, avant d'aboutir à des hémoptysies et à des expectorations contenant des entérocoques. D'ailleurs, tout rentre rapidement ensuite dans l'ordre et la guérison survient.

L'image radiologique peut montrer souvent un foyer assez nettement limité, voisinant le hile, et le diagnostic peut hésiter entre carcinome ou tuberculose. D'autre part, en pleine période aiguë, on notera une réaction pleurale avec épanchement vierge de bacille de Koch. Le diagnostic de phtisie est éliminé en raison de cette absence de bacilles, de la fixité de l'image radiologique et de l'état général.

Pour G., l'atteinte pulmonaire se situe le plus souvent au 1/3 inférieur ou aux hiles, l'évolution clinique est longue; terminaison par guérison sans complications septicémiques (intestin, endocarde...). La notion de cette affection s'impose et on ne devra pas l'ignorer en raison du pronostic, en présence de phtisie, gangrène ou abcès pulmonaires.

Pour G., cette affection serait moins rare qu'on ne le croit si on examinait attentivement les crachats.

GUY HAUSSER.

J. Vonkennel (Munich). ***Symptômes de l'agranulocytose*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 4, 26 Janvier 1934). — Dès 1922, Werner Schültz montra que la leucopénie granuleuse est caractérisée non seulement hématologiquement, mais aussi par des signes cliniques.

D'après Schültz, ces signes cliniques sont: début brusque avec température élevée, évolution rapidement fatale, leucopénie accentuée et en particulier leucopénie granuleuse, ictère, puis apparition d'ulcérations nécrotiques (gorge, cordes vocales, gencives, tube digestif, vagin). Cependant Schültz a aussi montré que parfois le tableau clinique se réduisait à un simple malaise général.

Türk le premier, en 1907, a pensé à attribuer à des lésions de la moelle osseuse l'agranulocytose. Depuis (Hartwitch en particulier) certains auteurs ont pensé que des toxines microbiennes pouvaient atteindre aussi la moelle osseuse; enfin, ce dernier auteur aurait relaté des leucopénies granuleuses dues à des atteintes du foie, ou des glandes endocrines (ovaire).

On sait que l'administration de salvarsan peut déterminer des leucopénies granuleuses; or, le mérite de Schültz a été de rapprocher l'angine de cette affection avec celle observée souvent pendant diverses cures antisyphilitiques. Il en a déduit qu'il était très important de contrôler la formule sanguine pendant un traitement antisyphilitique pour pouvoir le suspendre en temps utile.

Enfin, V. pense qu'actuellement on peut observer la filiation suivante: infection (aiguë ou chronique), puis atteinte de la moelle osseuse — leucopénie — et secondairement ulcérations et troubles cutanés. Pour lui également le prurit serait un signe très précoce de leucopénie granuleuse.

GUY HAUSSER.

DER CHIRURG
(Berlin)

H. Dietrich (Gieszen). ***Résultats de la cholécystostomie*** (*Der Chirurg*, An. V, t. XXIV, 15 Décembre 1933). — L'abandon presque complet de la cholécystostomie au profit de la cholécystectomie incite D. à rechercher dans le matériel de la clinique quels sont les résultats éloignés de la première de ces interventions, qui pendant longtemps a été considérée comme l'intervention de choix. L'étude est basée sur l'ensemble des stomies pratiquées de 1900 à 1931, soit 384 stomies de la vésicule biliaire. L'intérêt du travail de D. est de nous montrer que la persistance de la fistule et la nécessité d'une intervention secondaire pour en obtenir la guérison est rare (2,39 pour 100 des cas) et que les récidives nécessitant une opération itérative n'ont été observées que dans 13 1/2 pour 100 des cas. Ces récidives n'ont pas été toutes des récidives de lithiase, puisque sur les cas réopérés on n'a trouvé de lithiase sérieuse que dans 2 cas.

L'article de D. n'a point la prétention de remettre en vogue la stomie, mais de montrer que cette opération, dont le pronostic immédiat est peu grave, comporte des indications surtout dans l'empyème de la vésicule, et même en dehors de ce cas, lorsque des difficultés opératoires ou la gravité de l'état général du malade contre-indiquent l'opération radicale.

J. CH. BLOCH.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE
(Berlin)

Fauvet. ***L'éclampsie syndrome post-hypophysaire*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLV, fasc. 1, 21 Décembre 1933). — L'éclampsie apparaît comme résultant d'un agent nocif endogène, lié à l'état de grossesse et pourtant ne provenant pas directement de l'œuf. Deux sortes de troubles la caractérisent: les anomalies du métabolisme hydrique (avec ou sans contre-coup rénal) et l'hypertension, les anomalies du métabolisme hydrique aboutissant à la formation d'œdème d'origine extra-rénale.

Il existe, dans l'incrétion post-hypophysaire ou mésocéphalique, une substance qui arrête la diurèse en agissant sur l'hydrophilie des tissus et sur le rein et il existe aussi, dans cette incrétion, une substance hypertensive qui agit sur les capillaires du système splanchnique (d'où les lésions hépatiques, sur lesquelles on a tant épilogué).

Etant donné qu'on observe des éclampsies du post-partum, F. a recherché les rapports entre la post-hypophyse et la lactation: il en conclut que la post-hypophyse favorise la lactation.

De tout ceci, on peut déduire les éléments d'une thérapeutique pathogénique, puisque nous connaissons des substances qui s'opposent aux effets pharmacologiques précités de l'incrétion hypophysaire. En 1930, Küstner a appliqué avec succès la thyroxine au traitement de l'éclampsie pour favoriser la diurèse. Depuis longtemps, on emploie certains narcotiques contre l'éclampsie; or, justement, ces narcotiques sont inhibiteurs de l'incrétion post-hypophysaire. F. se loue particulièrement du pernocton qui abaisse nettement la tension.

La césarienne prophylactique est inutile. Il faut viser à une prophylaxie diététique et médicamenteuse.

HENRI VIGNES.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Göbel et Schuhardt. ***Contribution à la question de l'érythème noueux*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXIX, n° 4, 1933). — G. et S. reprennent la question des rapports entre l'érythème noueux et la tuberculose à l'occasion de l'observation d'un garçon de 16 ans atteint d'une tuberculose pulmonaire ouverte; pendant son séjour au sanatorium apparut une fièvre élevée coïncidant avec l'éruption de nombreux éléments d'érythème noueux sur les membres inférieurs. On observa en outre chez ce sujet une réponse particulièrement nette à l'I. D. tuberculinique, avec fièvre et aspect plus foncé des plages infiltrées à la radiographie. Il apparaît à G. et S. que l'érythème noueux est lié à la tuberculose dans la presque totalité des cas; l'I. D. à la tuberculine est particulièrement nette chez ces malades, les cas négatifs pouvant soulever la question d'une non-réceptivité temporaire ou permanente à l'antigène tuberculeux; dans le cas rapporté, l'I. D. négative, malgré la présence d'une tuberculose ouverte, devint très fortement positive au cours de l'apparition des nouures. De même, il y eut accélération de la sédimentation globulaire.

G. BASCH.

Klimmer, Köppe, Hebbel, Coerper. ***Recherches sur les propriétés thérapeutiques et préventives antituberculeuses du « M 44 » de Klimmer*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXIX, n° 5, 1933). — Nous résumons ci-dessous 4 articles consacrés aux recherches de vaccinothérapie antituberculeuse à l'aide d'un vaccin confectionné par Klimmer avec des bacilles tuberculeux atténués; dans un premier article, Klimmer expose la technique détaillée de ses recherches ainsi que ses essais de prémunition des bœufs contre la tuberculose; il a utilisé ce même vaccin (antiphymatol) chez le cobaye et chez le lapin, et le « M 44 » chez le singe et chez l'homme. Ses recherches poursuivies depuis 25 ans lui permettent d'affirmer l'innocuité de ces deux préparations, leur valeur immunisante, et les bons résultats curatifs du « M 44 » tout au moins sur les formes chroniques et scléreuses.

Köppe a utilisé le « M 44 » chez 19 malades atteints de tuberculose osseuse ou articulaire; 2 de ces malades n'ont pu être suivis assez longtemps; 6 autres ne parurent pas influencés; chez 11 d'entre eux, K. a eu l'impression que les injections vaccinales avaient une excellente influence. Les observations détaillées illustrent cette manière de voir. Il semble que, à partir du moment où fut mise en œuvre la médication, il y eut amélioration nette et décisive des phénomènes généraux et des symptômes locaux.

Hebbel étudie l'action protectrice du « M 44 » sur 48 enfants vivant en milieu contaminé; un seul d'entre eux fut infecté. Il s'agit évidemment là d'un matériel beaucoup trop restreint pour formuler des conclusions fermes et cette immunisation est loin encore de donner la sécurité de la vaccination antivariolique; elle ne doit pas non plus dispenser des règles strictes d'isolement en usage jusqu'à présent.

Quant à Coerper, il précise les modes d'appréciation objective de l'efficacité d'une médication, il montre les difficultés qu'il y a à formuler un avis sur la valeur d'une nouvelle méthode thérapeutique, met en garde contre un enthousiasme excessif aussi bien que contre une défiance systématique, et conseille de grouper des cas aussi comparables que possible les uns avec les autres.

G. Basch.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE

(Leipzig)

F. Schenk (Prague). ***Remarques sur les conséquences du projet de loi sur l'avortement provoqué en Tchéco-Slovaquie*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. LVII, n° 23, 10 Juin 1933). — Les courbes de natalité dans le plus grand nombre des pays d'Europe sont en baisse, et cette diminution des naissances est due à une double cause: les mesures anticonceptionnelles et l'avortement.

Depuis que la Russie a établi les bases de l'avortement légal, la question s'est trouvée posée dans tous les pays de race blanche et l'idée se répand que la femme a la liberté d'accepter ou de refuser de laisser vivre le produit de la conception.

C'est cette question qui a déterminé en Tchéco-Slovaquie le dépôt d'un projet de loi prescrivant que l'avortement, une fois que l'indication en a été posée, ne doit être pratiqué que par des médecins agréés et dans des établissements publics.

S. a donc été amené à la clinique obstétricale de l'Université allemande à pratiquer un certain nombre d'avortements sans mortalité, ni morbidité.

Le projet de loi autorise l'avortement dans les conditions suivantes: quand la jeune fille âgée de moins de 16 ans a été violentée, quand la femme ne peut pas physiquement supporter les fatigues d'une grossesse; quand elle est incapable d'assurer à son enfant les moyens matériels de vivre.

On conçoit qu'avec la misère chaque année plus grande, cette dernière indication risque de s'étendre. Hirsch, en 1930, dans les *Arch. Frauenkde u. Konstitforschg*, 16, III, 1930, soutint cette thèse que l'Etat ne pouvant pas empêcher la disette et les misères physiques et morales, étant dans l'impossibilité de supprimer les taudis, n'avait pas le droit de s'opposer à l'avortement social.

Ainsi placée sur le plan social, la question est traitée par S. objectivement. Il montre qu'en Tchéco-Slovaquie presque rien n'a été fait pour venir en aide aux familles nombreuses, ni pour avantager ceux qui ont de nombreux enfants. Alors qu'en France on a établi des primes à la natalité, des dégrèvements d'impôts, des exemptions militaires, qu'on a favorisé les prêts d'argent aux pères de famille voulant bâtir (Loi Loucheur), qu'on a indemnisé les fonctionnaires ayant des charges de famille et diminué le taux de l'impôt successoral suivant le nombre des enfants, en Tchéco-Slovaquie aucun de tous ces avantages matériels n'a été consenti.

Se tournant vers l'Italie, S. montre que la politique romaine a été tout entière dirigée en vue de favoriser les familles nombreuses, soit en imposant les célibataires, soit en diminuant le taux de l'impôt à chaque nouvelle naissance et en arrivant à exempter d'impôt toute famille ayant 10 enfants et tout fonctionnaire ayant au moins 7 enfants pour un revenu de 100.000 lires.

De même, en Belgique, en Allemagne, en Amérique, en Angleterre, l'Etat favorise les familles nombreuses.

A son tour, la Tchéco-Slovaquie vient d'établir un sur-impôt de 15 pour 100 sur les célibataires ayant au-dessus de 26.000 couronnes de revenu et un sur-impôt de 10 pour 100 pour les ménages sans enfants. L'impôt sera diminué de 10 pour 100 à chaque naissance jusqu'à 5 enfants et de 20 pour 100 à partir du cinquième enfant.

Il est impossible de suivre S. dans l'exposé du projet de loi voté en Tchéco-Slovaquie en vue de favoriser la natalité.

La contre-partie de ce projet, c'est le fait que l'avortement provoqué cesse d'être un crime pour n'être plus qu'un délit.

S. estime que les méthodes anticonceptionnelles si elles arrivaient à diminuer considérablement le nombre des enfants mettraient en danger la vie même des peuples.

En regard de cette conclusion, il faudrait inscrire les graves conséquences qu'entraînerait une population sans cesse croissante. Dans cette question, comme dans beaucoup d'autres questions sociales, la vérité réside dans un juste milieu.

Desmarest.

Masakatsu Kato (Tokio). ***Les modifications des plaquettes aux différents stades du cycle menstruel*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. LVII, n° 31, 5 Août 1933). — L'étude de 9 menstruations entreprise par K. sur 4 femmes pour établir les modifications des plaquettes dans le sang à cette période lui permet de conclure:

Que dans la période prémenstruelle, immédiatement avant l'apparition des règles, le nombre des plaquettes augmente.

Que plusieurs heures avant le début de l'écoulement leur nombre diminue.

Que cette diminution atteint son maximum le 2e jour des règles.

Que si les règles sont de courte durée, le nombre des plaquettes peut être encore au-dessous de la normale alors que l'écoulement sanguin a pris fin et inversement, dans le cas de règles prolongées, les plaquettes sont en nombre normal avant la fin de l'écoulement.

Desmarest.

A. Labhardt (Bâle). ***La mortalité infantile avant, pendant, et après l'accouchement au cours des années 1921 à 1930*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. LVII, n° 39, 30 Septembre 1933). — Dans les tables de mortalité infantile avant, pendant et après l'accouchement, il faut faire le départ entre les enfants morts pendant ou tout de suite après l'accouchement et ceux qui ont succombé sans que l'accouchement puisse être incriminé.

Si l'on prend les chiffres fournis par L. on voit qu'en neuf ans à la Clinique gynécologique de Bâle, sur 17.411 enfants mesurant plus de 35 cm. de long et pesant plus de 1.200 gr., 654 sont morts; 42 pour 100 sont morts du fait ou des suites immédiates de l'accouchement, et 58 pour 100 sont morts soit prématurément, soit longtemps après la naissance.

On trouvera dans ce long article l'état des enfants morts, la cause de leur décès, le rapport existant entre la longue durée de l'accouchement et la mort de l'enfant, etc.

C'est en somme une statistique qui aboutit à la question que pose L. sans d'ailleurs la résoudre: aurait-on pu sauver un certain nombre de ces enfants? fallait-il pour cela faire une part plus large à la césarienne?

En tout cas, aucune des 10 mères mortes au cours de l'accouchement n'a succombé à une faute de thérapeutique obstétricale.

Desmarest.

Th. Warschawsky (Charkow). ***L'urine de femme enceinte administrée par voie rectale dans le traitement de diverses anomalies des règles*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An LVII, n° 46, 18 Novembre 1933). — Ce qui frappera le plus le lecteur qui prendra connaissance des observations rapportées à la fin du travail de W., c'est l'heureux effet produit par les lavements d'urine de femmes enceintes non seulement sur les fonctions génitales mais encore sur l'état général des malades.

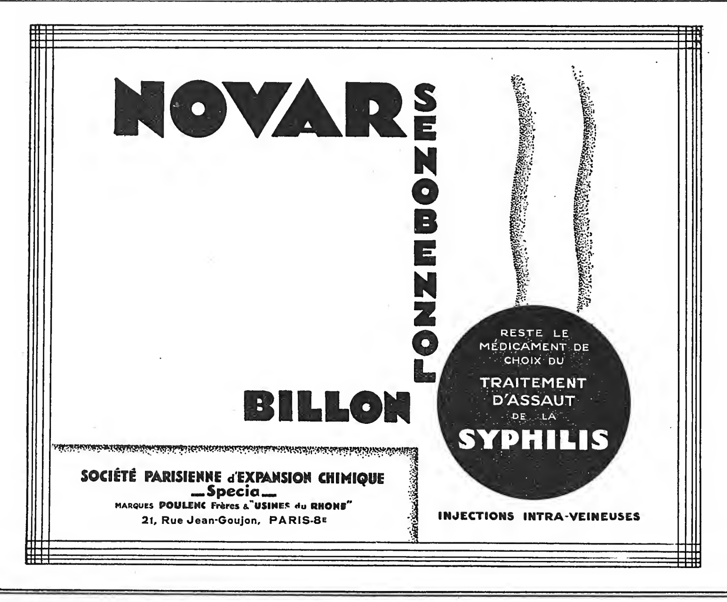
W. a traité des femmes aménorrhéiques et oligoménorrhéiques et il a obtenu dans tous les cas une régularité des règles et parfois même une augmentation de l'écoulement menstruel.

Conjointement ces femmes qui souffraient de troubles variés: poussées congestives, bouffées de chaleur, céphalées, perte de sommeil, dépression nerveuse avec irritabilité, tremblement, diminution de la mémoire, etc. qui sont la signature de l'insuffisance ovarienne, ont été considérablement améliorées par ce traitement. L'une d'entre elles, âgée de 32 ans, hypoménorrhéique et obèse depuis un an et demi, pâle, apathique, qui avait été sans succès soumise à des injections de folliculine, après 38 lavements s'épanouit, retrouve sa gaieté en même temps que l'écoulement menstruel, dont la durée reste de deux jours, devient plus abondant.

Un des avantages du traitement par les lavements d'urine de femmes enceintes est l'apparition ou la réapparition d'un appétit sexuel nul ou très diminué.

Douze cas ne suffisent pas pour emporter la conviction, mais les observations de W. incitent à expérimenter cette méthode. Schildberg (*Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 13, 1932) injectait sous la peau de ses malades, tous les deux ou trois jours, 0,5 à 2 cmc d'urine de femme enceinte prélevés aseptiquement par cathétérisme; ses résultats chez les femmes non réglées ou à peine réglées et chez d'autres malades atteintes d'inflammations annexielles gonococciques avec mérorragies furent excellents.

La voie rectale préconisée par W., plus simple, permet l'emploi de plus grosses doses d'urine. L'ébullition débarrasse l'urine du prolan, inutile et peut-être nuisible, et met à l'abri de toute infection. W. recommande d'assurer la vacuité de l'intestin et de donner deux fois par jour un lave-


NOVAR
SENOBENZOL
BILLON
RESTE LE MÉDICAMENT DE CHOIX DU
TRAITEMENT D'ASSAUT
DE LA
SYPHILIS
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS-8E
INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

ment de 25 cmc d'urine tiédie. Après deux jours, la quantité d'urine injectée doit être de 50 cmc (ce qui fournit de 1.000 à 2.000 unités-souris de folliculine). Pendant la durée d'un mois, W. donne de 15 à 18 lavements et il lui arrive de continuer le traitement pendant la durée des règles.

DESMAREST.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Magor Cardell. ***Lunettes protectrices pour la montagne et l'industrie*** (*British medical Journal*, n° 3808, 30 Décembre 1933). — Psychologiquement et physiologiquement les lunettes protectrices sont nécessaires pour les ascensions. En effet, aux grandes altitudes, la proctection contre les rayons ultra-violets doit être aussi complète que possible, tout en gardant les meilleures conditions de visibilité. Les Esquimaux qui, bien qu'accoutumés au froid, connaissent cependant l'aveuglement par la neige, se protègent les yeux par des plaques de bois percées d'une fente. Les Thibétains emploient des pierres de tourmaline qui arrêtent la lumière polarisée, mais il est difficile d'obtenir des surfaces nécessaires sans défauts. Les verres teintés les meilleurs jusqu'ici étaient le verre de Crookes, le verre Fieuzal et les verres colorés diversement en rouge, en jaune, en vert. Certaines fines lamelles de métal transparent, d'or, de platine ou de magnalium (alliage de magnésium et d'aluminium), ont aussi été employées, mais ont le défaut de coûter cher.

C. a d'abord pensé à employer l'argent dont la valeur est moindre. L'épaisseur de l'argent déposé sur le verre est facilement réglable; de plus on peut varier la qualité même du verre selon les différents besoins.

Les lunettes des membres de l'expédition de l'Everest étaient faites sur le principe de 2 fines lamelles de verre avec un dépôt de jaune salvoc (corps cellulosique teinté en jaune ou en orange). Certaines furent de plus argentées mais réduisant la vision, elles furent moins employées. Le jaune salvoc est la couleur qui permet le mieux de voir le relief, mieux encore qu'avec l'œil nu.

Pour la protection des yeux dans l'industrie, il faut créer des lunettes adaptées à chaque genre de travail, depuis les souffleurs de verre jusqu'aux casseurs de pierre. Le plus difficile est de les faire porter aux ouvriers, certains défauts des lunettes (rétrécissement trop grand du champ visuel, mauvaise ventilation des verres) augmentant la fatigue du travail. Ce sont des inconvénients auxquels il est facile de remédier.

ANDRÉ PLICHET.

THE LANCET
(Londres)

Abel. ***L'acétylcholine dans l'iléus paralytique*** (*The Lancet*, n° 5753, 2 Décembre 1933). — Dans les laparotomies, pour lutter contre la parésie intestinale, A. injecte 10 cmc d'acétylcholine par voie intramusculaire toutes les heures jusqu'à obtention de gaz ou de selles. En général, à la troisième injection, ce résultat est obtenu, mais parfois il est nécessaire de faire six injections.

Dans certains cas où l'on hésitait entre le diagnostic d'une obstruction mécanique ou d'une paralysie intestinale, cette thérapeutique a permis d'éviter l'opération.

Dans les opérations abdominales, la distension des anses intestinales est considérablement améliorée par l'injection préventive d'acétylcholine.

Les sténoses spasmodiques, la constipation aiguë, les iléus intestinaux consécutifs aux manipulations obstétricales sont également justiciables de cette médication.

ANDRÉ PLICHET.

Spence. ***Contagion de salles et de dortoirs*** (*The Lancet*, n° 5754, 9 Décembre 1933). — Les contagions sont variables selon l'âge et la classe sociale. Dans les hôpitaux, les cas d'infection apportés du dehors peuvent être strictement limités dès le début par le dressage des infirmières à reconnaître les cas suspects et par la construction d'hôpitaux qui éviterait les salles trop nombreuses jusqu'à ce qu'on puisse avoir, un jour peut-être, une chambre par malade.

Pour les hôpitaux d'enfants, les précautions doivent être très grandes. Il est cinq règles que l'on devrait toujours observer : 1° Ne jamais accepter d'enfant qui puisse suivre le traitement chez ses parents. 2° Isoler l'enfant qui est admis à l'hôpital pour une maladie non contagieuse afin de le soustraire à la contagion hospitalière. 3° Les enfants groupés en salle doivent être répartis selon leur âge. Les salles doivent être petites et bien aérées. 4° Héberger la mère avec l'enfant si c'est nécessaire. 5° Convaincre les infirmières que dans les hôpitaux d'enfants ayant beaucoup d'épidémies, il existe des influences morbides très dangereuses pour les enfants et que leur devoir est de protéger leurs malades de ces influences.

Enfin pour S. il est peu scientifique de croire que la contagion vienne du dehors apportée par les visites; on peut donc permettre aux parents de venir visiter leur enfant malade.

ANDRÉ PLICHET.

Patey, Tatham et **Nicholas.** ***Les rayons X dans l'investigation des veines variqueuses*** (*The Lancet*, n° 5754, 9 Décembre 1933). — Les solutions d'iode métallique employées jusqu'ici pour rendre les veines visibles aux rayons X avaient des effets toxiques et irritatifs. P. T. et N., après Barber et Orley ont employé l'urosélectan. Ils l'ont injecté à la dose de 20 cmc dans la saphène interne quand le sujet devait être radiographié debout, dans une veine près de la cheville quand le malade devait rester couché. Immédiatement après l'injection, on doit faire la radiographie qui le plus souvent devra être stéréoscopique pour permettre la différenciation des divers plans.

La position debout montre mieux les vaisseaux variqueux. Cet examen permet de voir la façon dont les veines s'emplissent, les communications avec les vaisseaux profonds.

Le temps que met la solution opaque à disparaître est variable, dépendant du degré de dilatation des veines, de la position du sujet. En obligeant le sujet soit à se lever sur la plante des pieds, soit à contracter les muscles du pied quand il est couché, on voit disparaître l'urosélectan au bout de trois minutes environ. L'urosélectan disparaît en général dans les veines profondes, mais parfois il peut prendre une direction inverse et emplir le réseau superficiel montrant l'insuffisance des valvules.

La radiographie ne permet pas de trancher la question si débattue de l'étiologie des varices. Elle montre que les parois veineuses sont insuffisantes comme d'ailleurs le sont les valvules et que bien souvent la communication entre les systèmes veineux et superficiels et profonds n'est pas largement ouverte.

Au point de vue du traitement, la radiographie, après urosélectan, montre que les liquides sclérosants peuvent atteindre les veines profondes mais que le torrent sanguin beaucoup plus rapide que dans des veines superficielles empêche leur action néfaste.

ANDRÉ PLICHET.

Sorley et **Gibson.** ***Le traitement des bubons climatiques et des maladies alliées*** (*The Lancet*, n° 5755, 16 Décembre 1933). — Sous ce terme, il faut comprendre le bubon climatique et les bubons vénériens dus soit à la blennorragie, soit au chancre mou, encore que le premier ait une origine vénérienne, en ce sens qu'il se développe après un rapport sexuel.

S. et G., délaissant les traitements ordinaires : ouverture du bubon ou excision des ganglions, protéinothérapie par T.A.B., ont utilisé les injections de tartrate d'émétique et ont considérablement raccourci le temps de durée de ces affections, aussi bien dans les bubons climatiques que dans les bubons dus à une autre infection.

Ce traitement consiste en des injections intraveineuses de tartrate d'émétique à la dose progressive de 1/2 gr. à 1 gr. 1/2 que l'on fait tous les trois jours jusqu'à concurrence de 20 gr. suivant les sujets.

Ce tartrate d'émétique doit être injecté en solution aqueuse extemporanée de 10 cmc par gramme d'eau. L'injection doit être poussée très lentement en cinq minutes. Le sujet doit être purgé la veille et on doit lui donner du glucose pour prévenir l'insuffisance hépatique.

S. et G. ont obtenu encore de meilleurs résultats en produisant un petit shock, ce que l'on obtient en poussant l'injection en trois minutes.

Il faut autant que possible appliquer ce traitement avant l'ouverture du bubon qui amène souvent une infection secondaire.

ANDRÉ PLICHET.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

C. Mayer et **J. E. Israel.** ***La cyanose des cardiopathies congénitales*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 37, 13 Septembre 1933). — M. et I. rapportent l'observation d'une jeune fille de 14 ans, hospitalisée pour une hémoptysie, des palpitations, des accès de toux et de dyspnée, une tendance marquée à la somnolence.

Cyanose, hypotrophie musculaire généralisée, aplatissement du thorax. Infantilisme. Râles sous-crépitants disséminés, bronchophonie, pectoriloquie aphone. Frémissement systolique. Au foyer aortique, accentuation du second bruit. Au foyer pulmonaire, souffle systolique intense.

Bacilles acido-résistants dans les crachats.

La radiographie montre, avec une infiltration tuberculeuse des poumons, une hypertrophie marquée des ventricules.

M. et I. ont répété, chez cette malade, les investigations biologiques effectuées chez les « cardiaques noirs », spécialement l'analyse des gaz alvéolaires et des gaz du sang. Le coefficient d'insaturation de l'oxygène sanguin, et le rapport des tensions du CO^2 dans le sang veineux et dans le sang artériel, sont augmentés.

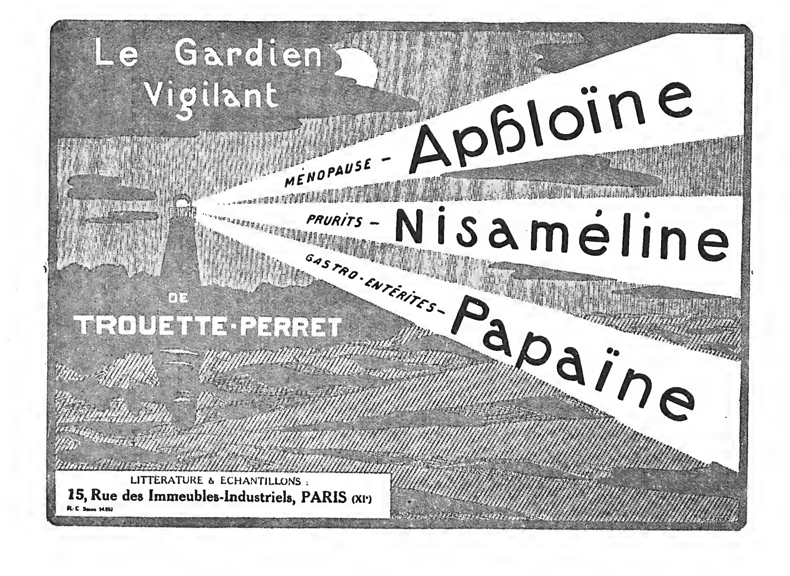
Le syndrome décrit se rattache au rétrécissement constitutionnel de l'orifice pulmonaire, d'ordinaire accompagné de persistance de la communication inter-auriculaire. Le mélange continuel des sangs artériel et veineux à travers cet orifice explique, avec la cyanose, les anomalies chimiques relevées.

G. D'HEUCQUEVILLE.

R. Denis, H. P. Heudtlass et **O. Garre.** ***Les ascensions diaphragmatiques gauches*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 37, 13 Septembre 1933). — Aux manœuvres cliniques de Litten, Paillard, Hess, etc., la radiologie ajoute, pour l'étude séméiologique du diaphragme, des éléments précis, d'ordres statique et cinétique, dont D., H. et G. rappellent la signification.

Ils apportent une observation de « mégadiaphragme », ou ascension fonctionnelle du diaphragme. Tableau de pneumopathie chronique, avec hémoptysies, expectoration purulente. L'examen radiologique montre l'ascension de l'hémi-diaphragme gauche, sans trouble essentiel de sa motilité.

Le diagnostic de telles ascensions fonctionnelles


Le Gardien
Vigilant
MÉNOPAUSE - Apßloïne
PRURITS - Nisaméline
GASTRO-ENTÉRITES - Papaïne
DE
TROUETTE-PERRET
LITTÉRATURE & ECHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XI°)

se pose avec les hernies diaphragmatiques, l'aérocolie et l'aérogastrie. Elles paraissent congénitales.

Elles doivent être distinguées des paralysies diaphragmatiques, consécutives, par exemple, à la phrénicectomie.

Bibliographie importante sur la question.

G. d'Heucqueville.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA (Buenos-Aires)

J. G. Galvan. *Considérations sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux par les injections de pepsine* (*Revista Medica Latino-Americana*, t. XVIII, n° 216, Septembre 1933). — G. dégage les conclusions de l'expérience déjà acquise sur cette nouvelle méthode thérapeutique. Simple, sans danger sérieux, elle a donné une proportion élevée de succès. Les douleurs, les spasmes ont souvent disparu, l'acidité gastrique s'est abaissée.

Pour expliquer cette action, l'on admet d'ordinaire que l'ulcération résulte d'une hyper-sécrétion; et que la pepsine, injectée dans la circulation, agit comme une hormone, et rétablit l'équilibre sécrétoire perturbé.

On a invoqué aussi l'hypothèse d'une action de choc par les colloïdes de la pepsine, action d'ordre protéinothérapique. La réaction thermique secondaire, les modifications de l'équilibre végétatif, les phénomènes locaux, relèveraient de ce mécanisme.

En pratique, les injections de pepsine sont contre-indiquées dans les ulcus anciens, calleux, les formes à hémorragies abondantes, chez les sujets à émonctoires tarés. Observer, pendant le traitement, et jusqu'à disparition totale des troubles, le régime alimentaire strict des dyspepsies.

G. d'Heucqueville.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Vienne)

Schwarz. *Diagnostic radiologique précoce du cancer gastrique et intestinal* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 4, 20 Janvier 1934) — L'examen radiologique doit fournir avant tout la possibilité du diagnostic précoce du néoplasme; néanmoins, d'importantes causes d'erreur persistent, particulièrement avec les polypes de la muqueuse dont S. cite 3 observations démonstratives avec clichés; contrairement à certains, il ne pense pas que la polypose gastrique donne fréquemment naissance au cancer et considère qu'il n'y a pas lieu d'en pratiquer l'exérèse systématique, du fait des hémorragies post-opératoires possibles. Si les cancers à forme tumorale, à aspect circulaire sur l'écran, se différencient difficilement des tumeurs bénignes, les néoplasmes en surface sont spécialement difficiles à diagnostiquer et S. en relate un cas qui ne fut mis en évidence qu'en vue postérieure. Dans d'autres faits, les causes d'erreur résident en fausses tumeurs se révélant à l'intervention comme un épaississement simple de la muqueuse, ou en fausses images lacunaires dues à un spasme durable. On aura intérêt à réitérer les examens avant de décider l'intervention.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Fleischner. *Différence de comportement entre les plèvres viscérales et pariétales au cours de la pleurésie ou du pneumothorax* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 49, 8 Décembre 1933). — F. relate l'observation d'une malade ayant subi en 1920 un pneumothorax artificiel à la suite duquel apparût un grand épanchement interdisant toute réinsufflation ; l'état reste satisfaisant jusqu'en 1928, date à laquelle apparaissent les signes traduisant l'issue de la collection dans les voies aériennes après perforation de la plèvre viscérale. C'est à propos de cette histoire clinique banale que F. oppose le notable épaississement de la plèvre pariétale à la minceur de la plèvre viscérale telle qu'on peut l'observer sur les clichés.

Il n'est pas besoin d'un si long laps de temps pour que se constitue cet épaississement de la plèvre viscérale; on peut le noter soit à la radio soit par la ponction peu de temps après l'apparition du liquide dans la grande cavité, mais même aussi après simple insufflation ou après pleurite sèche. Ces faits ont été expérimentalement constatés chez le chien sans qu'il y ait eu d'épanchement. Pour Sorgo, cette différence entre les deux feuillets pleuraux tient à l'irrigation lymphatique qui ne se fait pas dans des conditions analogues dans l'un et l'autre cas : il se produit une modification œdémateuse de la plèvre pariétale provoquant un épais dépôt de fibrine et amenant son épaississement. Ceci explique que les collections liquides fassent effraction dans la profondeur et non point à travers les espaces intercostaux.

G. Basch.

Saxl. *Un cas d'asthme bronchique chez un maniaque dépressif* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVI, n° 50, 15 Décembre 1933). — S. rapporte l'observation d'un homme de 61 ans, à hérédité mentale chargée, sujet à des accès de dépression avec impossibilité de travail. Il présenta vers la cinquantaine des accès d'asthme bronchique caractérisés qui avaient la particularité d'être provoqués par une incitation sexuelle, acte amoureux ou rêve. Par la suite, il fit des accès maniaques et dépressifs typiques dont chacun coïncida avec une disparition complète de l'asthme, tout se passant comme s'il y avait une véritable alternance morbide entre les deux ordres de syndromes. Ces cas sont à rapprocher d'une observation de Van den Torren concernant un fait analogue, et de la sédation des crises d'asthme observée par Kirschbaum au cours des phases aiguës des démences précoces; de même on a noté la disparition des accès asthmatiques dans la deuxième moitié de la grossesse, ceci tenant sans doute aux modifications de la concentration ionique du sang, l'alcalose amenant les spasmes et l'acidose les espaçant.

G. Basch.

Neuber. *Contribution à l'immunothérapie de l'érésipèle* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 2, 12 Janvier 1934). — Il y a peu de médications vraiment efficaces de l'érésipèle; certains auteurs préfèrent même s'abstenir de tout traitement, considérant que la guérison spontanée, de règle, ne doit pas être contrariée par divers moyens thérapeutiques. Le sérum anti-streptococcique donne des résultats inégaux et n'est pas sans inconvénients. N. a utilisé dans 36 cas le sérum de convalescent qui a paru agir de façon élective sur la fièvre, les manifestations toxiques et les symptômes locaux; un seul malade succomba à un phlegmon diffus. Cette médication semble être spécifique du fait des grandes quantités de corps immunisants présents dans le sang des malades, et, d'autre part, a les avantages de la protéinothérapie. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec des sérums frais, polyvalents, à la dose de 30 et 40 cmc, dose moyenne totale.

G. Basch.

Singer et Wechsler. *Signification et mécanisme de l'agalactosurie* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 3, 19 Janvier 1934). — L'agalactosurie, c'est-à-dire l'absence d'excrétion de galactose dans l'urine après épreuve du galactose, peut être due à deux causes : le galactose ne passe pas du système porte dans la grande circulation, d'où absence de galactosémie, et par conséquent de galactosurie. Cette négativité complète de l'épreuve s'observe dans l'achylie avec réaction négative à l'histamine, associée ou non à l'anémie pernicieuse, et dans les sténoses duodénales avec ou sans achylie et anémie. Il s'agit dans ce cas d'un trouble de la résorption du galactose: c'est l'agalactosurie entérogène. Dans un autre ordre de faits, il y a une importante galactosémie, mais pas de passage dans l'urine du fait de l'élévation du seuil rénal; cette anomalie survient dans les graves affections du rein. Il s'agit donc d'un symptôme qu'il importe de connaître et d'interpréter, puisqu'il révèle d'importantes affections sanguines ou rénales.

G. Basch.

Sgalitzer. *Examen radiologique des vaisseaux sanguins* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 3, 19 Janvier 1934). — S. rapporte les résultats de son expérience sur 100 essais d'artériographie pratiqués à l'aide d'urosélectan à 40 pour 100 ou d'abrodil à 20 pour 100. Il rappelle l'intérêt de ces examens chez les diabétiques, les artério-scléreux, les syphilitiques, etc... Il pratique l'injection intra-artérielle sur la fémorale dans le triangle de Scarpa; même s'il a dénudé le vaisseau à l'anesthésie locale, il fait néanmoins une anesthésie générale au moment de l'injection, celle-ci étant très douloureuse; il faut injecter aussi rapidement que possible 20 à 40 cmc de la solution de contraste. Il rappelle l'intérêt de l'artériographie chez les porteurs d'artérite oblitérante, afin de juger de la hauteur à laquelle on doit pratiquer l'amputation; dans certains cas, ces injections faites dans un but diagnostique ont eu un effet thérapeutique remarquable. Il a pris également des phlébographies, particulièrement dans le cas de varices, lui permettant de noter l'insuffisance valvulaire, et a pris également quelques clichés d'hémangiomes.

G. Basch.

Eisler. *Progrès réalisés dans le diagnostic radiologique de l'ulcère et du cancer gastrique* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 4, 26 Janvier 1934). — Les perfectionnements du diagnostic radiologique tiennent d'une part aux progrès de la technique, et, d'autre part, à l'étude des replis de la muqueuse qui permet d'apprécier les anomalies les plus précoces alors qu'on se bornait jusque-là à noter les seules modifications du contour de l'ombre gastrique. En ce qui concerne l'ulcus, l'étude des plis permet de savoir s'il y a un processus en activité (œdème de la muqueuse autour de la niche), ou s'il y a tendance à la cicatrisation (aspect radié et convergent des plis). Quant à l'ulcéro-cancer, dont la fréquence est si diversement appréciée par les auteurs, il se caractérise également par un aspect spécial des bords et du fond de l'ulcération avec difficultés de déplissement des plis de la muqueuse; en outre, toute niche volumineuse est suspecte d'ulcéro-cancer. Néanmoins, bien des erreurs peuvent être commises, et E. relate plusieurs observations avec clichés à l'appui dans lesquelles, malgré l'aspect convergent des plis, il s'agissait en réalité d'un cancer.

G. Basch.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA (Madrid)

J. Outeirino Nunez et M. C. Lopez. *Recherches sur la prétendue spécificité de la réaction de Weinberg dans le diagnostic de l'échinococcose* (*Los Progresos de la clinica*, t. XLI, n° 11, Novembre 1933). — Devant les divergences qui, sur cette question, séparent les auteurs, O.-N. et L. ont entrepris une enquête systématique. Ils ont pratiqué la réaction de Weinberg chez 11 malades,

porteurs de kystes hydatiques, sans parasites intestinaux, chez 9 malades, infestés de ténias, non atteints cliniquement de kystes hydatiques, enfin chez des malades témoins, traités pour d'autres affections. Ils l'ont étudiée, en outre, chez des chiens et des cobayes parasités ou immunisés. Antigènes utilisés pour la réaction de déviation du complément : liquide de kyste hydatique d'une part, d'autre part extrait alcoolique de ténias.

Les réactions des malades porteurs de kystes hydatiques et celles des malades parasités par des ténias intestinaux se sont montrées, en tous points, superposables, aussi bien avec l'antigène-hydatique qu'avec l'antigène-ténia. Et 7 témoins ont donné des réactions positives, indifféremment avec les deux antigènes.

Donc les immunités aux ténias et aux kystes hydatiques apparaissent identiques. La réaction de Weinberg serait moins, d'après ces résultats, une réaction spécifique de l'échinococcose qu'une réaction générale, commune au groupe des helminthiases.

G. d'Heucqueville.

ANALES DE MEDICINA INTERNA (Madrid)

R. N. Gamallo. *Recherches sur les réflexes catatoniques* (*Anales de Medicina interna*, t. II, n° 9, Septembre 1933). — Les auteurs considèrent les « réflexes catatoniques » comme des réponses musculaires à des excitations proprioceptives. Les réflexes catatoniques se distinguent des autres réflexes proprioceptifs, réflexes toniques, et même cloniques : ils sont plus lents que ces derniers, ne donnent pas de courant d'action, ne se décomposent pas sur le myogramme en oscillations tétaniques.

Les réflexes catatoniques sont obtenus en réponse à la représentation de la contraction volontaire dans les muscles synergiques. La contraction réflexe est isomérique. Le temps de latence atteint d'ordinaire 2 secondes. Contraction et décontraction s'effectuent très lentement.

La réaction catatonique est un phénomène psycho-moteur, qui se superpose aux réflexes de posture correspondants. On a soutenu qu'elle résultait de la persistance des images motrices dans le cortex. Cette pathogénie psychogénétique ne rendrait pas compte des modifications produites par les drogues neurotropes, comme la scopolamine. Ajello a montré le rôle prédominant des excitations périphériques dans la genèse de la réaction catatonique : elle ne saurait être assimilée cependant ni à la contracture de Thiegel, ni à la contracture vératrinique.

Peut-être traduit-elle les propriétés d'une « troisième substance musculaire ». Les voies et les centres des réflexes catatoniques demeurent ignorés.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS ESPANOLES DE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION (Madrid)

Ruiz. *Contribution à l'étude de la sténose rectale inflammatoire* (*Archivos espanoles de enfermedades del aparato digestivo y de la Nutricion*, n° 12, Décembre 1933). — Le travail de R. comprend deux parties distinctes : dans la première, il publie 13 observations de sténoses inflammatoires du rectum ; dans la seconde, il expose ses idées sur l'étiologie et le traitement de cette affection.

Les 13 observations de sténose rectale inflammatoire concernent 12 femmes et 1 homme (pédérastie avouée). Chez la plupart des femmes, il s'agissait de prostituées ; ces observations sont assez bien détaillées en ce qui concerne l'histoire de la maladie, le siège du rétrécissement, la présence d'abcès et de fistules (5 cas), d'œdème de la grande lèvre (1 cas), de condylomes péri-anaux (4 cas) ; malheureusement, les tests biologiques sont incomplets dans plusieurs observations qui deviennent ainsi difficilement utilisables. La réaction de Frei a été 8 fois négative, 1 fois douteuse et 5 fois positive ; sur ces 5 derniers cas, elle était d'abord deux fois négative et ne s'est montrée positive que lors d'un deuxième examen, résultant par conséquent de la réactivation par l'injection primitive.

La réaction de Wassermann, pratiquée chez 9 malades, a été 6 fois positive et 4 fois négative. Sur ces 6 cas, elles coïncidaient 4 fois avec une réaction de Frei positive, une fois avec un Frei douteux, une fois enfin avec un Frei négatif. La réaction de Ito n'a été pratiquée que trois fois et s'est montrée négative dans les 3 cas. Aucune recherche n'est signalée pour les autres affections (tuberculose, blennorragie).

R. ne considère pas la réaction de Frei comme ayant une valeur absolue ; il ne s'explique pas comment les lésions lympho-granulomateuses périrectales sont si difficiles à guérir, alors qu'au contraire les lésions inguinales réagissent bien au traitement. On pourrait lui répondre que les adénopathies inguinales et rétro-crurales sont souvent loin de disparaître après le stade inflammatoire, qu'il persiste en ces régions des indurations notables et que si l'intestin passait à ce niveau, il serait sans aucun doute enserré par les lésions de sclérose.

Pour la thérapeutique, il se déclare par contre partisan d'une thérapeutique spécifique : injections intraveineuses d'antigène de la maladie de Nicolas-Favre qui lui aurait donné de bons résultats.

J. Sénèque.

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA HABANA (La Havane)

P. Kouri et J. G. Basnuevo. *Importance du tubage duodénal en parasitologie* (*Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, t. XXXVIII, n° 8, Août 1933). — Le tubage duodénal est la seule épreuve qui permette le diagnostic du parasitisme des voies biliaires, distomatoses et lambliases en particulier.

Mais, en outre, il facilite le diagnostic des autres helminthiases. K. et B. rapportent l'observation d'un cas d'ascaridiose, localisée au segment gastro-duodénal. Douleurs épigastriques, vomissements, amaigrissement. On envisage la possibilité d'une appendicite. Mais le tubage ramène des œufs nombreux d'ascaris.

Sous le contrôle de tubages réguliers, on peut suivre sûrement l'effet des parasiticides. Ainsi K. et B. ont constaté *de visu*, successivement l'atrophie, la dégénérescence et la destruction des œufs de douve du foie, sous l'influence de l'émétine. Il est préférable d'administrer par la sonde d'intubation les substances médicamenteuses qui doivent agir dans la cavité duodénale : sulfate de magnésie, lugol, etc...

Microphotographies d'éléments parasitaires ramenés par tubage.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

M. Sulzberger. *Récentes études immunologiques sur l'hypersensibilité au tabac* (*The Journal of the American medical Association*, t. CII, n° 1, 6 Janvier 1934). — Depuis quelques années on tend à attribuer l'origine de la thromboangéite oblitérante (maladie de Buerger) à une intoxication par le tabac : cette conception reposait surtout jusqu'ici sur le fait que les malades atteints de cette affection étaient presque tous de grands fumeurs, et que la suppression du tabac améliorait d'ordinaire les symptômes. S. a étudié la sensibilité cutanée des malades atteints de thromboangéite par des injections intradermiques d'extraits de tabac : il trouve dans 75 pour 100 des cas une hypersensibilité à un ou plusieurs de ces extraits, alors qu'elle n'existe chez les fumeurs que dans 25 pour 100 des cas, et chez les non-fumeurs dans 10 pour 100. Il semble donc que l'oblitération artérielle de ces malades soit un phénomène allergique, dû presque toujours à une sensibilisation à une substance inconnue du tabac (qui n'est pas la nicotine), mais pourrait être due aussi à une sensibilisation à un autre antigène. C'est là évidemment l'acquisition la plus intéressante obtenue jusqu'ici concernant l'étiologie de cette mystérieuse maladie.

R. Rivoire.

D. Clark et M. Geyman. *Les signes radiologiques de la cicatrisation dans l'ulcère duodénal* (*The Journal of the American medical Association*, t. CII, n° 2, 13 Janvier 1934). — Dans l'ulcère gastrique, la disparition d'une niche après traitement médical est considérée en général comme un signe de cicatrisation de l'ulcère. Mais dans l'ulcère duodénal, où la niche n'est visible par les méthodes radiologiques ordinaires que dans 10 pour 100 des cas au maximum, ce signe de cicatrisation manque presque toujours. C. et G., utilisant la technique de compression duodénale de Berg et Albrecht, ont pu mettre en évidence l'existence d'une niche dans plus de 50 pour 100 des cas d'ulcères duodénaux. Cette niche disparaît rapidement après traitement médical, comme pour l'ulcère gastrique.

La disparition de la niche gastrique ou duodénale peut-elle être considérée comme un signe de certitude de cicatrisation des ulcères ? Il ne semble pas en réalité que cette disparition soit un signe infaillible, car C. et G. ont vu dans plusieurs cas cette disparition discorder avec les symptômes cliniques qui persistaient. D'ailleurs l'expérimentation a montré que, chez l'animal atteint d'ulcère, la cicatrisation commence par un bourgeonnement du fond de la cavité ulcéreuse, mais que l'épidermisation de l'ulcère peut suivre à très longue échéance seulement ce comblement de la cavité : il en résulte donc que la disparition de la niche à l'examen radiologique indique seulement que l'ulcère est sur la voie de la cicatrisation, sans qu'on puisse affirmer la guérison totale de l'affection.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF SURGERY (Chicago)

Fred W. Steward (New-York). ***Radio-sensibilité des tumeurs*** (*Archives of Surgery*, vol. XXVII, n° 6, Décembre 1933). — Cet article très important est difficile à résumer dans les détails et on ne peut qu'indiquer brièvement les grandes lignes de cette étude. S., grâce à de nombreux documents dont beaucoup sont reproduits en figures a voulu étudier la sensibilité aux rayons X des différentes variétés de tumeurs. Le plan de son travail est de passer tout d'abord en revue les épithéliomas des différents organes et ensuite les tumeurs de nature dites sarcomateuses et les tumeurs plus rares. Voici les conclusions générales de son travail et pour les détails il faut se reporter à l'article *in extenso*.

Il faut tout d'abord attirer l'attention sur ce fait que la variation encore en cours des techniques radiologiques, et l'évolution des méthodes, relativement à leur intensité et à leur application, fait que la sensibilité des tumeurs est une notion qui varie couramment tous les jours ; de même cette sensibilité est difficile à apprécier car la réponse de la tumeur aux irradiations peut être une réponse rapide ou lente, autrement dit la régression d'une tumeur après applications de rayons


LIPOÏDES H.I. Extraits Galéniques Purifiés de tous les organes.
IMPUTRESCIBLES
GYNOCRINOL
contient la folliculine et les vitastérines ovariennes.
STIMULANT & ACTIVATEUR des fonctions ovariennes et de la menstruation.
ANDROCRINOL
contient les hormones et les vitastérines orchitiques.
Nymphomanie — Fatigue cérébrale des intellectuels, Sénilité précoce.
ADRÉNOL TOTAL
opothérapie surrénalienne,
SANS ADRÉNALINE.
Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde
POSOLOGIE
au moins 6 pilules par jour.
R. Jouffray
LABORATOIRE ISCOVESCO. 107, r. des Dames. PARIS


PILULES
INSULINE FORNET
la seule applicable par la voie digestive
POMMADE
Laboratoires THAÏDELMO 23, rue du Caire, PARIS (2e) Tél: Gut 03-45

X peut se faire en une période variant de plusieurs jours à plusieurs mois. Dans l'ensemble la radio-sensibilité d'une tumeur est une notion qui dans ses grandes lignes est connue; c'est ainsi que S. signale, après d'autres auteurs qui se sont occupés de la question, la résistance aux radiations des tumeurs mélaniques et des tumeurs neurogéniques, inversement les tumeurs embryonnaires semblent extrêmement sensibles aux rayons sauf toutefois celles qui sont très évoluées et qui sont formées de tissus arrivés à l'état adulte tels que par exemple les tératomes. La radio-sensibilité d'après l'étude qu'il en a faite est plus importante chez les jeunes sujets et chez toutes les tumeurs de type jeune, peu évoluées et, comme nous disions plus haut, se rapprochant du type embryonnaire; inversement certaines modifications de la tumeur semblent la rendre radio-résistante, c'est ainsi que la présence d'une capsule périphérique, les infarctus intra-tumoraux, les transformations pseudo-kystiques et les diverses dégénérescences rendent le néoplasme beaucoup plus résistant. De même il faut considérer que le rôle du tissu qui a donné naissance à la tumeur est important; c'est ainsi que les tumeurs osseuses, cartilagineuses, graisseuses donnent des réactions beaucoup moins importantes aux rayons.

Enfin au cours de son exposé, S. insiste beaucoup sur les effets des radiations à la fois sur la tumeur et sur les tissus environnants et il montre qu'il y a là une notion dont le radiologiste doit tenir compte et qu'en définitive l'effet des radiations est toujours une balance entre la destruction de la tumeur et la résistance des tissus périphériques.

F. d'Allaines.

Lawrence Larson (Minneapolis) et **J. Arnold Bargen** (Rochester). ***Action des purgatifs sur le côlon du chien*** (*Archives of Surgery*, vol. XXVII, n° 6, Décembre 1933). — Dans le but d'étudier les modifications chimiques et mécaniques subies par le côlon sous l'influence de différentes substances, L. et B. ont isolé le côlon en entier sur différents chiens. Pour cela ils ont anastomosé l'iléon avec le rectum et exclu ainsi tout le segment colique sur lequel a porté l'expérimentation. L'article comprend deux parties :

La première traite de la sécrétion colique. Le côlon sécrète du mucus en quantité plus ou moins abondante, mucus qui est sécrété d'une façon continue mais qui est beaucoup plus important au moment des mouvements de la défécation; à ce moment il semble se produire non pas une exagération de la sécrétion, mais bien une augmentation de l'excrétion, celle-ci étant due aux mouvements violents de la musculature intestinale qui expriment les glandes dans la lumière intestinale. Les purgatifs tels que la coloquinte ou l'huile de ricin produisent une augmentation considérable de la sécrétion qui se continue longtemps après l'administration du médicament; enfin deux facteurs semblent augmenter la production normale de la sécrétion muqueuse, ce sont les attaques de diarrhées d'une cause indéterminée et la grossesse.

Le second article traite du rôle moteur des purgatifs. Normalement le cæcum est le siège de mouvements continus qui ont une cadence de 8 à 10 à la minute, au contraire le côlon transverse normalement présente peu de mouvements et enfin le côlon terminal présente des contractions au rythme approximatif de 6 pour 4 minutes. Ce rythme normal chez le chien varie dans certaines conditions, c'est ainsi qu'au moment de la défécation le rythme du cæcum ne change pas beaucoup, mais il se produit au niveau du côlon transverse et du côlon terminal des contractions violentes. Au moment même du vomissement, il existe des contractions violentes de tout l'intestin, particulièrement marquées au niveau du côlon terminal, qui sont peut-être des contractions antipéristaltiques; succédant aux vomissements, on voit pendant un certain temps le côlon moyen et terminal présenter des contractions violentes. A l'aide de différentes solutions laxatives ou purgatives, L. et B. ont pu faire les constatations suivantes: à la suite de l'administration de sirop de rhubarbe, on voit survenir sur tout le côlon inférieur une série de contractions qui durent de 20 à 30 minutes, l'administration d'un purgatif très violent tel que la coloquinte donne des contractions qui persistent pendant 48 heures, l'injection de lobe postérieur de l'hypophyse fait paraître des contractions importantes du côlon moyen et très petites du côlon terminal, enfin l'administration d'une solution hypertonique de chlorure de sodium détermine des phénomènes moteurs importants qui se produisent aussi bien sur le côlon moyen que sur le côlon terminal.

F. d'Allaines.

ARCHIVES OF NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

Globus et **Ginsburg**. ***Encéphalorragie péricapillaire due à l'arsphénamine*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXX, n° 6, Décembre 1933). — Deux cas d'encéphalite dus à l'arsphénamine ont été observés en ces trois dernières années par G. et G, l'un chez une jeune femme de 25 ans ayant une syphilis récente, l'autre chez un sujet non spécifique atteint soit de sclérose en plaques aiguë, soit de méningo-encéphalomyélite disséminée.

G. et G. apportent un examen anatomique complet de ces 2 cas, dont les lésions, constituées par des hémorragies péricapillaires dues à la rupture des petits vaisseaux et par une réaction gliale modérée, n'ont pas le caractère de lésions inflammatoires justifiant le terme d'encéphalite employé pour les désigner.

G. et G. rapprochent ces accidents de ceux que causent parfois les arsénobenzènes, crise nitritoïde, réaction de Herxheimer, apoplexie séreuse, et ils en discutent le mécanisme. Ils écartent successivement l'origine anaphylactique des accidents, celle de la réaction de Herxheimer, l'hypothèse d'une rétention du médicament par suite d'une insuffisance rénale, ou bien encore d'une insuffisance surrénale.

Ils estiment qu'une pathogénie plus simple, telle que l'action directe et élective de l'arsphénamine sur l'endothélium vasculaire, et responsable de la rupture des capillaires et de l'hémorragie, est plus probable.

Ils se basent pour l'admettre: 1° sur l'action vasodilatatrice du médicament et sa concentration plus importante dans les capillaires; 2° l'aspect clinique des accidents qui n'est pas différent de celui des empoisonnements par l'arsenic inorganique; 3° sur le caractère des lésions comparable à celui que peuvent provoquer d'autres poisons (oxyde de carbone, phosgène et mercure), ou bien la proximité de lésions inflammatoires et tumorales; 4° sur des recherches récentes montrant l'action spécifique et élective de l'arsphénamine sur le tissu réticulo-endothélial; 5° sur le caractère même des lésions anatomiques qui traduisent l'existence d'une lésion purement vasculaire, et les travaux expérimentaux qui ont permis de reproduire chez le chien des lésions identiques par injection d'arsphénamine à doses convenables.

H. Schaeffer.

M. Keschner et **Ch. Davison**. ***La dystrophie myotonique. Etude clinico-pathologique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXX, n° 6, Décembre 1933). — K. et D. rapportent 2 cas de dystrophie myotonique familiale, observés chez le frère et la sœur, le premier avec examen anatomique complet.

Il s'agissait chez le frère d'un cas typique de cette affection, chez un homme de 40 ans, qui avait duré 11 ans. L'examen montra des lésions des glandes endocrines, intéressant le lobe antérieur et la pars intermedia de l'hypophyse, les surrénales, et les testicules, constituées par une atrophie des éléments nobles remplacés par du tissu conjonctif.

L'examen des muscles striés et même des muscles lisses montrait des lésions classiques. Le système nerveux présentait des lésions diverses, intéressant les cellules de la corne latérale, les cellules des cornes antérieures que K. et D. considèrent comme une dégénération rétrograde liée aux altérations musculaires, des hémorragies peut-être agoniques de la substances grise de la moelle, des altérations des cellules des noyaux para-ventriculaires et supraoptiques. A noter également la présence de lésions dans le thalamus, le locus coeruleus, et divers noyaux du mésocéphale, assez légères pour ne pas permettre d'affirmer leur caractère pathologique, ainsi qu'un spongioblastome du corps calleux qui ne s'accompagnait d'aucun signe clinique. Dans un cas antérieur de Keschner il existait également un petit spongioblastome du lobe temporal gauche. La sœur du précédent, âgée de 44 ans, présentait également une dystrophie myotonique typique vérifiée par une biopsie musculaire.

De l'examen de ces 2 cas et des faits rapportés antérieurement, K. et D. infèrent que les deux éléments essentiels de l'affection en cause sont la dystrophie musculaire et la myotonie.

Les lésions des muscles sont celles qui doivent être retenues. Les altérations du système nerveux sont variables, inconstantes, et ne semblent pouvoir les conditionner. Il est difficile de préciser le lien qui unit les lésions des glandes endocrines et celles des muscles, de dire si l'état des glandes endocrines n'est pas la conséquence du mauvais état général de ces malades. Il est en tout cas peu probable que les lésions discrètes de l'hypophyse et de la région hypothalamique soient suffisantes pour conditionner les autres symptômes.

Quant à la myotonie, elle n'appartient pas en propre à cette affection; elle se rencontre dans la maladie de Thomsen, et diverses affections du cerveau, de la moelle, et même des nerfs périphériques, si bien qu'il est permis de se demander si elle n'est pas la conséquence d'un trouble fonctionnel lié à une modification dans l'équilibre chimique des constituants des muscles.

H. Schaeffer.

Frank Fremont-Smith et **H. Houston Merritt**. ***Rapports entre la pression sanguine artérielle et la pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXX, n° 6, Décembre 1933). — Les faits observés sont basés sur 1.418 cas. Ils démontrent que, toute cause d'hypertension cranienne étant écartée, il n'y a aucun rapport entre la pression du liquide céphalo-rachidien et la tension artérielle, soit systolique, soit diastolique.

Dans 66 cas d'urémie avec insuffisance cardiaque, œdèmes périphériques et congestions viscérales, la pression du liquide céphalo-rachidien est toujours augmentée, mais cette augmentation est sans rapport avec l'élévation concomitante de la tension artérielle. Peut-être est-ce toutefois dans les cas où celle-ci est la plus haute que celle du liquide céphalo-rachidien est la plus élevée ?

Dans 122 cas où des raisons diverses justifiaient une hypertension céphalo-rachidienne, l'expérience montre que celle-ci ne retentit pas sur la tension artérielle, à moins que le degré de la tension céphalo-rachidienne ne dépasse celui de la pression artérielle diastolique, auquel cas cette dernière s'élève.



GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS, 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ RENNES (France)

F. et H. ont observé 6 cas d'hypertension artérielle non compliquée dans laquelle la pression du liquide céphalo-rachidien dépassait 20 centigr. sans que ces auteurs puissent en donner la raison.

H. SCHAEFFER.

Ramsay Hunt. ***Paralysie agitante primitive (Atrophie primitive des systèmes efférents strié et pallidal). Considérations ultérieures sur une maladie systématique du type de la paralysie agitante; sa relation avec les syndromes du corps strié*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXX, n° 6, Décembre 1933). — H. fait une revue générale des divers travaux afférents à la pathologie des noyaux centraux, depuis son premier mémoire de 1916 sur un type de paralysie agitante associé à une atrophie des grandes cellules efférentes de projection du corps strié. Ses conclusions sont les suivantes:

1° La paralysie agitante n'est pas une maladie *sui generis* mais un syndrome lié à une atteinte des neurones afférents du corps strié. Il peut relever de lésions anatomiques diverses, atrophie primitive, dégénération sénile et vasculaire, lésion inflammatoire ou néoplasique.

2° Comparable à la paralysie spasmodique, la paralysie agitante est un type fondamental de paralysie centrale dépendant des systèmes efférents strié et pallidal. La paralysie agitante primitive tient la même place dans le système strio-spinal que la paralysie spasmodique primitive dans le système cortico-spinal.

3° Il existe une maladie systématique primitive du type de la paralysie agitante survenant précocement, associée à une atrophie primitive des systèmes efférents strié et pallidal, la paralysie agitante juvénile primitive.

4° Il existe également une paralysie agitante survenant plus tardivement, associée à une atrophie des systèmes efférents strié et pallidal où ces lésions ne sont qu'une partie d'une atrophie cellulaire généralisée de caractère sénile dans d'autres régions du cerveau, la paralysie agitante primitive sénile ou présénile.

5° Il existe trois systèmes de syndromes du corps strié: 1° le syndrome choréique lié au système des petites cellules du corps strié; 2° un syndrome de paralysie agitante lié au système des grandes cellules striées et pallidales qui peut se diviser en deux types, un type tremblant de paralysie agitante lié au système des grandes cellules efférentes striées, et un type rigide de paralysie agitante lié au système efférent pallidal.

6° Tous les syndromes régionaux du corps strié, pallidal, et striopallidal, constituent des fragments et des combinaisons de ces systèmes cellulaires.

H. SCHAEFFER.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

O. Da Rin et **E. Vialetto.** ***Etude clinique de l'angiohypotonie constitutionnelle de Ferrannini*** (*La Clinica Medica Italiana*, t. LXIV, n° 6, Juin 1933). — Ce syndrome rare, dont D. et V. rapportent 8 cas, se voit surtout de 20 à 30 ans. Les sujets n'ont pas d'antécédents particuliers, pas de constitution somatique constante; ils se plaignent de myasthénie, d'épuisement physique et psychique, de vertiges, de céphalée, de cryesthésie et souvent de dyspepsie, de constipation ou de diarrhée, de palpitations ou de refroidissement facile des extrémités.

La peau est plutôt pâle, le pannicule adipeux peu abondant, les ganglions lymphatiques souvent gros, les muscles peu développés. L'appareil respiratoire est normal. Les artères périphériques ne présentent aucune anomalie; l'examen capillaroscopique peut montrer la dilatation des anses capillaires et spécialement des veineuses; la pression maxima varie de 90 à 110, la minima de 60 à 75; le cœur a des dimensions variables; sa valeur fonctionnelle est le plus souvent diminuée. Les ptoses digestives ne sont pas rares. Les réflexes tendineux et cutanés sont plutôt vifs. Les épreuves pharmacodynamiques et le réflexe de Dagnini indiquent une certaine hypertonie vagale ou à tout le moins une hyperexcitabilité portant plus sur le parasympathique que sur le sympathique; la potassémie est souvent augmentée; la glycémie est normale ou un peu diminuée. Les protéines sériques ont des valeurs très diverses, ainsi que la cholestérinémie; la viscosité sanguine est normale; la formule sanguine n'a pas de modifications constantes. Dans certains cas, on relève des signes d'insuffisance surrénale, génitale ou hypophysaire; les troubles endocriniens ont un rôle important dans la pathogénie de l'affection, à côté des facteurs cardio-vasculaires (déficience des centres vaso-moteurs).

LUCIEN ROUQUÈS.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

C. Baccarani. ***Sur un cas de crise convulsive dans le pneumothorax spontané*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. LIV, n° 31, 30 Juillet 1933). — Après avoir rappelé qu'il existe deux conceptions opposées des accidents nerveux d'origine pleurale, la théorie embolique et la théorie réflexe, B. rapporte une observation de crise convulsive ayant marqué le début d'un pneumothorax spontané, qui lui paraît venir à l'appui de la théorie réflexe; la valeur démonstrative de l'observation est cependant assez discutable, le malade ayant été considéré par tous les médecins qui l'ont suivi comme un hystérique.

Un malade de 26 ans a eu quatre ans avant, après un violent traumatisme moral, une crise convulsive hystérique; il reste irritable, très émotif, présentant de nouvelles crises hystériques à l'occasion de chocs psychiques. Au cours d'une tuberculose pulmonaire latente, il est pris d'une gêne respiratoire, puis se déclanche une crise identique aux crises précédentes, mais sans la cause morale habituelle; la crise passée, il répond avec lucidité aux questions et on lui trouve un pneumothorax gauche total qui se résorbe en quelques jours.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL MORGAGNI
(Naples)

A. Gasparini. ***Hypercalcémie expérimentale et ischémie des parathyroïdes*** (*Il Morgagni*, t. LXXV, n° 25, 18 Juin 1933). — G. a étudié les modifications de la calcémie du chien après ligature et résection de l'artère thyroïdienne supérieure, qui entraîne l'ischémie de la parathyroïde correspondante: que le chien ait une calcémie normale ou artificiellement augmentée par des injections de parathormone de Collip, la baisse de la calcémie n'est que de courte durée; après ligature et résection bilatérales, la baisse n'est pas plus accentuée, mais paraît plus prolongée. Il ne semble donc pas, sauf peut-être dans les réactions bilatérales, que l'ischémie des parathyroïdes entraîne des troubles importants du métabolisme du calcium.

LUCIEN ROUQUÈS.

R. de Nunno. ***Procédé simple et rapide pour l'enrichissement des crachats tuberculeux*** (*Il Morgagni*, t. LXXV, n° 25, 18 Juin 1933). — Le principe de cette méthode est d'entraîner les bacilles, après homogénéisation, dans une précipité dense. Les temps sont les suivants : 1° homogénéisation avec la soude à 1 pour 100, ajoutée goutte à goutte jusqu'à dissolution complète des éléments figurés; 2° dilution avec 1, 5 ou 10 fois le volume d'eau distillée jusqu'à fluidité parfaite et répartition en tubes à centrifuger; 3° adjonction de 3 gouttes par tube de phosphate bipotassique à 10 pour 100; agiter fortement; 4° verser 6 gouttes de chlorure de calcium à 10 pour 100; mélanger; attendre au moins 10 minutes que le précipité s'épaississe; centrifuger ou laisser sédimenter pendant quelques heures : 5° décanter; étaler le précipité sans le dissoudre (procédé de choix) ou en le dissolvant dans une ou deux gouttes d'acide acétique à 2 pour 100; sécher, fixer, colorer. Toutes ces manipulations peuvent se faire aseptiquement, si on veut inoculer le culot.

LUCIEN ROUQUÈS.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

René S. Mach, Evelyn Mach et **François Sciclounoff.** ***Déchloruration et urémie. La chloropénie des ascitiques ponctionnés*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 3, 20 Janvier 1934). — Pour étudier de plus près ce qui s'observe en cas d'hypochlorémie, M. et ses collaborateurs ont mis des ascitiques au régime sans sel en même temps qu'ils provoquaient une diurèse chlorurée abondante par administration de diurétiques mercuriels. Chez les malades ainsi traités, le bilan des chlorures est facile à établir. Chez l'un d'eux qui a absorbé en deux mois 90 gr. de sel avec ses aliments, on en a trouvé 40 gr. avec les urines et enlevé 168 avec les ponctions d'ascite qui ont donné 28 litres contenant comme d'ordinaire 6 pour 1.000 de NaCl. Le déficit est donc, dans ce cas, de 118 gr. Dans un autre il a été de 150 gr. en un mois. Cet état d'hypochlorémie (le chlore du plasma s'est progressivement abaissé jusqu'à 2,70 gr. pour 1.000 dans un cas, 2,80 dans l'autre et 3,30 dans le troisième) a été parfaitement bien toléré pendant des semaines et il n'est apparu ni urémie, ni vomissements, ni aucune altération de l'état général.

Malgré ce traitement, l'ascite s'est reformée comme par le passé. Mais, d'autre part, les effets des diurétiques mercuriels s'épuisent rapidement. Une rechloruration expérimentale chez ces malades dont les reins étaient indemnes a montré que 5 à 10 gr. administrés pendant plusieurs jours ne font pas éliminer, avec les urines, plus de 2 gr. de chlorure par jour.

Enfin, le chlorure urinaire est très diminué, parfois jusqu'à 0,02 gr. par jour, taux qui ne s'observe jamais chez des sujets normaux mis au régime sans sel pendant des années, pas plus qu'en cas de néphrite chronique. Les chiffres de ce genre ne se rencontrent qu'en cas de pneumonie.

La raison pour laquelle ces états d'hypochlorémie ont été bien tolérés doit être cherchée dans le fait d'abord qu'elle n'était pas très basse et ensuite qu'elle s'est installée progressivement sans s'accompagner de déshydratation. En somme, pour qu'une hypochlorémie soit rendue responsable d'une urémie, il faut qu'elle s'installe brusquement et que le chlore plasmatique descende au-dessous de 2,60 gr. pour 1.000.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

D. Noica et **E. Graciun** (Bucarest). ***Paraplégie spasmodique avec troubles cérébraux d'origine hérédo- syphilitique (Maladie de Marfan)*** [*Archives de médecine des enfants*, t. XXXVII, n°. 1, Janvier 1934]. — Cette forme de paraplégie spasmodique, décrite par M. Marfan en 1908, a des caractères très nets. Elle débute insidieusement par une légère claudication chez des enfants généralement âgés de 4 à 12 ans, elle progresse lentement. Au bout d'un an on note une impotence des membres inférieurs, surtout évidente pendant la marche, mais sans diminution de la force musculaire; exagération des réflexes patellaire et achilléen, signe de Babinski; trépidation épileptoïde; absence de troubles de la sensibilité et des sphincters, de troubles trophiques; signe d'Argyll-Robertson; fréquence de la kératite interstitielle, troubles psychiques avec arrêt du développement intellectuel, faiblesse de la mémoire, modifications du caractère, parfois dysarthrie. La réaction de Wassermann est positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien; on note une lymphocytose de ce liquide, pouvant manquer à certaines phases.

De cette affection il a été publié à ce jour une quinzaine de cas, dont 7 par M. Marfan. N. et G. y ajoutent l'observation personnelle d'un enfant de 13 ans qu'ils ont pu suivre pendant plus de trois ans et dont ils ont pu faire l'autopsie, la première dans un cas pareil. Ils ont pu constater qu'il s'agit surtout et *primitivement* de lésions d'infiltration qui acquièrent leur maximum d'intensité au niveau du cerveau tout d'abord et ensuite du cervelet, tandis que le mésocéphale et la moelle épinière n'en montrent presque pas. Au contraire la dégénérescence du faisceau pyramidal peut être suivie dans toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal. ayant comme point de départ les lésions corticales sus-indiquées.

Le substratum anatomique de la maladie de Marfan est une méningo-encéphalite avec infiltration diffuse et lésions cellulaires. Ces lésions — avec certaines différences — peuvent être comparées à celles de la paralysie générale infantile ou juvénile. Il est indéniable, d'autre part, qu'au point de vue de l'atteinte du faisceau pyramidal, il y a des analogies pathogéniques avec la maladie de Little.

G. Schreiber.

ANNALES DE DERMATOLOGIE
(Paris)

Nicolau. ***Lésions cutanées lymphogranulomateuses chez une femme atteinte du syndrome éléphantiasique vulvo-ano-rectal*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. V, n° 1, Janvier 1934). — N. a observé une femme de 27 ans, atteinte depuis 8 ans de syndrome éléphantiasique vulvo-ano-rectal, sans adénopathie inguinale. La réaction de Frei était fortement positive. Il existait sur la grande lèvre droite et aux fesses des lésions nodulaires en placards, où la peau était rouge brun, épaissie, infiltrée; les nodules étaient durs, gros comme des petits pois, certains plus volumineux étaient ramollis. On notait aussi de nombreuses cicatrices disséminées sur les fesses, les cuisses et les jambes.

Le pus prélevé d'un nodule suppuré de la fesse fut préparé comme antigène suivant la méthode de Frei; il donna des réactions positives chez des malades atteints de lymphogranulomatose.

L'examen histologique des nodosités cutanées montra une infiltration lymphoplasmocytaire diffuse du derme; le centre des nodules est dégénéré et transformé en cavité; ces lésions rappellent d'assez près le tableau anatomo-pathologique de la maladie de Nicolas.

Il s'agit donc dans ce cas de lésions cutanées inflammatoires actives dont la nature lymphogranulomateuse semble démontrée et qui se trouvent associées au processus éléphantiasique vulvo-ano-rectal.

N. estime que ces lésions inflammatoires locales ne sont pas étrangères à la genèse de la stase et de l'état éléphantiasique de ces organes.

R. Burnier.

Favre, Michel et **Bonnand.** ***Une forme clinique de syphilis musculaire; les myosites syphilitiques sous-ulcéreuses*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. V, n° 2, Février 1934). — F., M. et B. attirent l'attention sur une forme spéciale de myosite syphilitique; il s'agit de malades chez lesquels on relève dans une même région, dans un même segment de membre, la coexistence de syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses et de foyers profonds de myosite plus ou moins dissimulés derrière les lésions cutanées, qui attirent exclusivement l'attention; d'où le nom de *myosites syphilitiques sous-ulcéreuses*.

8 observations sont rapportées: dans certains cas, les désordres anatomiques n'intéressent pas seulement la peau et les muscles; la radiographie révèle une périostite et une ostéite.

Parfois, il n'existe aucune douleur, ni gêne fonctionnelle. Dans certains cas, on note une déformation apparente: dépression en coup de hache de la cuisse, pied en équinisme.

L'histologie a montré des lésions propres de myosite et des foyers gommeux autonomes, distincts de la lésion cutanée. Parfois cependant, il s'agissait de véritables *syphilomes régionaux* en nappe, englobant dans leur masse inflammatoire peau, tissu cellulaire, muscles et squelette.

A quelle cause attribuer cette curieuse systématisation régionale? Peut-être à des altérations vasculaires segmentaires, métamériques, susceptibles de retentir sur tous les éléments anatomiques d'une même région.

R. Burnier.

Carlu. ***Nouvelle thérapeutique des chéloïdes et des cicatrices chéloïdiennes par l'ionisation au magnésium*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. V, n° 2, Février 1934). — On sait que chez les sujets porteurs de chéloïdes, on note habituellement un excès de calcium.

C. a pensé qu'on pourrait obtenir, dans le traitement des chéloïdes, un meilleur rendement de l'ionisation, en substituant à l'iodure de potassium habituellement employé jusqu'ici une substance antifixatrice du calcium, qui pénétrerait ainsi *in situ* dans le tissu chéloïdien.

C. s'est adressé au chlorure de magnésium, en dilution à 2 pour 100 au pôle positif, appliqué sur la chéloïde.

C. rapporte 4 observations de chéloïdes traitées par cette méthode avec une réelle amélioration.

R. Burnier.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Rüder. ***Organothérapie substitutive dans le diabète insipide (implantation d'hypophyse étrangère)*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 45, 10 Novembre 1933]. — Une jeune femme atteinte de diabète insipide depuis l'âge de 21 ans est hospitalisée à 29 ans à la suite d'une tentative de suicide par véronal pratiquée au 5e mois d'une grossesse.

Malgré les injections massives de préparations hypophysaires la grossesse se poursuit sans qu'aucune action sur l'utérus gravide puisse être observée.

Après l'accouchement, le besoin de la médication substitutrice s'étant encore accru, et la malade ne pouvant se résigner à subir le nombre nécessaire de piqûres quotidiennes, après un essai infructueux de traitement par voie nasale, on décide de faire une greffe d'hypophyse. Une hypophyse totale de veau prélevée aseptiquement aux Abattoirs et transportée en solution salée physiologique tiède est implantée par fragments dans les muscles droits de l'abdomen. Cette greffe agit comme médication substitutive durant 5 où 6 mois. La réaction d'Ascheim-Zondek fut même positive dans les urines prélevées au 11e jour après l'intervention. Vers le 10e mois les troubles fonctionnels réapparurent. Une nouvelle intervention proposée à la malade ne put être pratiquée du fait de difficultés d'ordre social.

Dans cette intéressante observation il faut noter également les recherches faites sur le métabolisme chloruré sodique chez cette malade.

G. Dreyfus-Sée.

K. Ziegler. ***L'endocardite pulmonaire gonococcique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 51, 22 Décembre 1933). — L'étude de la littérature montre que le gonocoque et le pneumocoque sont les agents prédominants de l'endocardite localisée initialement à la valvule pulmonaire, le gonocoque paraissant le plus fréquemment en cause.

11 cas d'endocardites pulmonaires gonococciques antérieurement publiés sont brièvement résumés et Z. y ajoute 3 cas personnellement observés à Leipzig: l'un des malades, chez lequel les éléments étiologiques, l'examen clinique et radiologique ont permis d'affirmer le diagnostic, a survécu; 2 autres sont morts de septicémie gonococcique. Z. insiste sur les signes cliniques et radiologiques permettant d'affirmer l'existence de l'insuffisance pulmonaire.

G. Dreyfus-Sée.

V. Verschner. ***Pronostic héréditaire des maladies*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 3, 19 Janvier 1934). — Le médecin au courant de la science de l'hérédité (médecin de l'hérédité) établit le pronostic héréditaire de la même façon que le praticien pose un pronostic évolutif vraisemblable au cours d'une maladie. De la connaissance des antécédents familiaux il déduit les prédispositions héréditaires des descendants. Dans certains cas pathologiques, la reproduction héréditaire de l'affection dans la descendance du malade peut ainsi être prévue: c'est en se basant sur ces déductions qu'a été établi le décret du 14 Juillet 1933 sur la prophylaxie héréditaire des

maladies (entré en application le 1er Janvier 1934). Il prévoit la stérilisation des sujets susceptibles de transmettre ces affections redoutables.

Le plus souvent la transmission de la tare héréditaire n'est que vraisemblable, survenant dans un certain nombre de cas et pas obligatoirement chez tous les enfants. Parfois l'hérédité est inéluctable.

La certitude de ce pronostic repose:

1° Sur l'étude des conditions héréditaires (affection d'un seul conjoint ou des deux, union des sujets présentant la même hérédité, hérédité dominante ou récessive, etc.).

2° Sur les circonstances occasionnelles ajoutées à l'hérédité (circonstances de l'accouchement, sexe, etc.). L'étude des jumeaux démontre l'importance de ces facteurs.

Toutes ces conditions doivent être envisagés et une étude complète familiale et individuelle est nécessaire au médecin consulté sur l'opportunité d'un mariage.

Plus encore on en tiendra compte lorsqu'il s'agit des affections visées dans la loi prophylactique.

Des centres spéciaux doivent être créés pour établir la répartition géographique des maladies héréditaires dans les régions, et enregistrer avec précision les circonstances familiales susceptibles d'influer sur la vie de chaque individu. L'auteur considère que la stérilisation ne doit pas être le fait seulement des initiatives privées mais devrait être organisée par l'Etat lui-même.

V. insiste enfin sur l'importance de la science nouvelle de l'hérédité, la nécessité d'intensifier son enseignement, l'utilité d'une propagande éducative destinée à réaliser la volonté gouvernementale: élever la jeunesse dans la pensée des soins et précautions utiles à la préservation de la race, et lui faire sentir de bonne heure les responsabilités qu'elle encourt. Il conclut en affirmant que l'ensemble du peuple allemand doit être persuadé de la nécessité et de la justice de règles politico-sociales établies par le gouvernement dans l'intérêt de l'avenir de la nation, et que chaque individu doit pour sa part s'efforcer d'en assurer l'application. C'est une tâche éducative qui incombe non seulement aux instituteurs et aux pasteurs, mais aussi aux médecins.

G. Dreyfus-Sée.

G. Roesler. ***Les données héréditaires biologiques et traditionnelles*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 3, 19 Janvier 1934). — Dans ce curieux article, R. envisage non pas l'hérédité physiologique ou biologique, mais ce qu'il appelle l'hérédité des traditions familiales dont l'importance lui paraît capitale pour le développement de la race.

Les parents ne transmettent pas seulement à leurs enfants leurs germes cellulaires, ils agissent encore sur leur avenir de tout le poids de leur culture, leurs habitudes de vie, de métier, leur situation et milieu social. La tradition familiale se perpétue ainsi et on peut considérer un véritable groupement constitué par les « propriétés généalogiques » possédées par un milieu familial et social. Ce groupe généalogique comporte certains caractères et son importance a été maintes fois exposée par les littérateurs.

L'influence du métier, la transmission héréditaire et familiale de ces traditions professionnelles est également à noter. Ainsi l'attachement familial au sol dans certaines familles, l'évolution progressive de génération en génération par le mariage créant des orientations nouvelles ou stabilisant les traditions anciennes, tous ces facteurs constituent des données capitales au point de vue social.

La surveillance du maintien de ces traditions, le contrôle de leur évolution doivent donc s'exercer dans le but de maintenir et de perfectionner la race. Les conditions sociales stables permettent seules de donner à ce problème toute l'attention et le soin nécessaires à sa solution dans un sens favorable alors que dans des conditions instables la diminution de la population et son amoindrissement qualitatif demeurent à craindre.

La solution consiste dans les mesures gouvernementales: réglementation du travail, réforme des impôts, stérilisation obligatoire, etc.

Ces règlements doivent être renforcés par l'éducation individuelle et familiale qui a le devoir de maintenir le capital héréditaire dans le sens de la phrase de Nietzsche recommandant, non seulement de se perpétuer mais encore de s'élever :

« Tu ne dois pas seulement propager la race plus loin, mais aussi plus haut. Que le jardin du mariage te serve à cela, c'est ainsi que j'appelle la volonté à deux de créer l'unique qui est plus que ceux qui l'ont créé. »

G. Dreyfus-Sée.

A. Köhler. ***Le traitement des affections allergiques par les extraits cutanés*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 4, 26 Janvier 1934). — Le traitement des affections allergiques peut être spécifique ou banal. La thérapeutique non spécifique purement sypmtomatique n'est guère satisfaisante, et l'application du traitement spécifique se heurte bien souvent à l'ignorance dans laquelle on demeure de l'agent de sensibilisation.

Milbradt a utilisé un extrait cutané aqueux pour traiter diverses dermatoses et a obtenu un résultat particulièrement satisfaisant lorsque les affections cutanées étaient du type allergique.

C'est en se basant sur ces succès que K. eut l'idée d'essayer l'action des extraits cutanés dans des affections allergiques non dermatologiques.

Le nombre de malades relativement restreint qu'elle a pu étudier ne lui permet pas de tirer des conclusions définitives, mais cependant les améliorations observées dans une dizaine de cas d'asthme, rhume des foins, urticaire, etc., sont encourageantes et font souhaiter que des essais plus nombreux et des observations plus prolongées permettent de se rendre compte de la valeur de cette médication nouvelle.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Munich, Vienne)

H. Albrecht. ***La question de la non-fécondabilité périodique féminine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 43, 27 Octobre 1933). — Knaus et Ogino se sont efforcés de déterminer exactement les périodes du cycle menstruel au cours desquelles la femme ne peut être fécondée. Le principe établi par Knaus est le suivant : L'ovulation se produit physiologiquement 14 jours avant l'apparition des règles. Le corps jaune a une fonction régulatrice autonome de 14 jours durant lesquels la fécondation devient impossible. L'ovule enfin n'est fécondable que quelques heures après la ponte. Quant aux spermatozoïdes, ils perdent leur activité dans les voies génitales féminines en moins de 48 heures. L'observation systématique d'une femme bien réglée permet donc d'établir sur ces bases les périodes durant lesquelles elle ne peut être fécondée. Il est curieux d'observer que les règles rituelles judaïques orthodoxes n'autorisaient les relations conjugales que durant la période correspondant au moment où la femme serait le plus facilement fécondable.

Ogino conclut de ses observations cliniques que chez les femmes dont les règles apparaissent à intervalles réguliers (variation de moins de 10 jours), la période conceptionnelle débute au :

10° jour après les règles + (cycle menstruel minimum — 28 jours),

et se termine au :

17° jour + (cycle maximum — 28).

Les résultats à peu près concordants de ces deux méthodes sont basés sur d'importants travaux expérimentaux et cliniques.

Les vérifications faites par A. l'ont amené à confirmer l'exactitude des données concernant la période durant laquelle la femme est essentiellement fécondable; cette détermination pourra donc être utilisée en pratique, surtout dans les cas d'impuissance relative du conjoint.

Par contre, en ce qui concerne le contrôle de naissance, la période non fécondable établie d'après les règles de Knaus et Ogino est susceptible en réalité de grandes variations dans le temps, ce qui rend illusoires les conclusions qu'en a tirées la propagande anti-conceptionnelle. Scientifiquement inexacte cette donnée ne peut être utilisée en pratique sociale.

A. s'étonne d'ailleurs de l'approbation pastorale des procédés anti-conceptionnels basés sur la limitation des rapports sexuels aux périodes non fécondables. Les raisons sophistiques mises en avant pour autoriser cette soi-disant méthode naturelle anti-conceptionnelle lui paraissent indéfendables du point de vue dogmatique religieux.

G. Dreyfus-Sée.

F. Hein. ***Recherches sur l'exactitude de la méthode rapide de diagnostic de la grossesse par la réaction de Friedmann*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 43, 27 Octobre 1933). — Cette réaction accélérée consiste à injecter dans la veine de lapines impubères pesant 1.200 à 2.200 gr. 10 cmc d'urines du matin prélevées chez la femme suspecte de grossesse.

L'hormone éliminée par la femme enceinte détermine en 24 heures des modifications morphologiques ovariennes et des variations histologiques caractéristiques permettant de faire le diagnostic de la grossesse.

Vérifiée chez de nombreux sujets cette réaction s'est montrée exacte et ses résultats sont superposables à ceux fournis par la réaction d'Ascheim et Zondek avec l'avantage de gain de temps considérable. Cependant pour utiliser avec certitude les réponses de cette méthode rapide, certaines conditions doivent être remplies:

1° Utiliser des animaux ne pesant pas beaucoup plus de 2.000 gr.

2° Expérimenter toujours simultanément sur 2 animaux pesant approximativement le même poids.

3° Si la réaction se montre positive sur un animal tué ou laparotomisé après 24 heures, ses résultats sont utilisables.

4° Un résultat négatif après 24 heures n'est pas concluant. Il faut encore vérifier après le délai de 48 heures.

5° Après 48 heures les résultats de l'examen du deuxième animal peuvent encore être utilisés avec le même pourcentage d'erreur (2 à 3 pour 100), que celui de la réaction pratiquée sur la souris impubère. D'ailleurs ce pourcentage d'erreur est inhérent à toutes les méthodes biologiques.

G. Dreyfus-Sée.

R. Glaser. ***Contribution au traitement de la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 43, 27 Octobre 1933). — La question de l'avortement chez les tuberculeuses enceintes reste en discussion. Pour G. elle ne constitue qu'une part infime du problème, puisque les mêmes risques persistent après l'intervention et qu'une nouvelle grossesse peut se reproduire, posant à nouveau la question de l'intervention.

G. insiste sur la nécessité de mettre au premier plan dans la discusion le traitement même de la bacillose.

Ainsi qu'il le montre à l'occasion d'une observation de tuberculose bilatérale, traitée par collapsothérapie double, la gravidité est fort bien tolérée par des malades bien traitées. L'avortement théra-

peutique n'est donc nullement nécessaire chez des femmes dont la bacillose pulmonaire est justiciable d'un traitement collapsothérapique efficace.

G. Dreyfus-Sée.

M. Hochrein. ***Nouvelles observations sur la circulation veineuse et pulmonaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 44, 3 Novembre 1933). — Les recherches de H. ont porté sur la question encore mal connue du système veineux et de la petite circulation pulmonaire, en particulier en ce qui concerne le point de vue clinique de la décompensation dans ce domaine.

Depuis longtemps les cliniciens ont noté au cours de certains accidents circulatoires la prédominance des accidents pulmonaires et des troubles dans la circulation veineuse.

L'interprétation de ces phénomènes a été facilitée par les méthodes nouvelles de mesure permettant d'apprécier la tension veineuse et de calculer la ventilation et la régulation des échanges gazeux pulmonaires qui se font sous le contrôle de la circulation pulmonaire.

Des conclusions cliniques et thérapeutiques peuvent être tirées des données physiologiques.

C'est ainsi que les troubles circulatoires pulmonaires apparaissent importants non seulement lors des affections cardiaques décompensées, mais encore au cours des sténoses de l'artère pulmonaire, des péricardites et des affections pulmonaires entraînant une diminution de la capacité vasculaire du poumon: emphysème pulmonaire, ectasies bronchiques, tuberculose cavitaire. Lors de ces maladies entraînant une surcharge ventriculaire droite il importe non seulement de stimuler le cœur mais encore de le soulager en tentant d'augmenter la capacité vasculo-pulmonaire par des traitements agissant sur le système vago-sympathique: histamine, adrénaline, etc. Des exercices respiratoires spéciaux faits avec un masque limitant l'inspiration et l'expiration exerceraient une action favorable, non seulement sur les symptômes fonctionnels mais même sur la bronchite rebelle souvent associée à l'emphysème ou à l'asthme pulmonaire.

G. Dreyfus-Sée.

W. Scharpff. ***Hypertension et oxydation des tissus*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t LXXX, n° 44, 3 Novembre 1933). — Chez de nombreux hypertendus anciens, présentant comme seul signe objectif l'élévation de la pression veineuse. S. a recherché à quel degré les tissus retenaient une solution bicarbonatée sodique injectée intra-veineuse. Au cours de ces recherches il a noté que les sujets qui éliminaient bien les alcalins (recherche dans les urines par détermination comparative du pH) présentaient au cours du traitement un notable abaissement tensionnel. Par contre aucun résultat thérapeutique ne peut être escompté chez les sujets retenant dans leurs tissus les substances alcalinisantes. Ces expériences fournissent donc sur le degré de l'hypertension artérielle et son pronostic des renseignements intéressants.

G. Dreyfus-Sée.

Th. Bockheler. ***Traitement de la névralgie du trijumeau (pyrétothérapie)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 44, 3 Novembre 1933]. — On connaît la ténacité de cette redoutable affection, rebelle aux traitements médicamenteux, ne cédant que de façon transitoire aux traitements médico-chirurgicaux (alcoolisation), nécessitant parfois des thérapeutiques chirurgicales plus radicales et non sans danger.

B., ayant eu l'occasion de constater incidemment l'amélioration d'une névralgie sciatique rebelle à l'occasion d'un érysipèle hyperpyrétique, a eu l'idée de tenter la pyrétothérapie lors de névralgies faciales.

Il a utilisé les injections intraveineuses d'un médicament employé dans la pyrétothérpie anti-syphilitique et anti-gonorrhéique, « pyrifer », extrait de substances albuminoïdes microbiennes préparées en partant de bacilles de type coli. Des rémissions plus ou moins longues ont été obtenues dans une dizaine de cas ainsi traités; les récidives observées après l'emploi de cette méthode, comme après alcoolisation, cèdent également lorsqu'on détermine de nouveau un accès fébrile.

Cette méthode simple, moins pénible et moins dangereuse que les traitements chirurgicaux, vaut donc d'être tentée avant de recourir à des procédés non exempts de risques.

G. Dreyfus-Sée.

Gerlach. ***Ergot de seigle contre la gangrène (Contribution au traitement médicamenteux de la thrombo-angéite oblitérante)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 44, 3 Novembre 1933]. — Une observation accidentelle est à la base de cet essai thérapeutique. Lors d'un cas d'intoxication par le gynergène ayant déterminé à la fois de la gangrène des orteils et des troubles gastro-intestinaux, un traitement par l'histamine fut institué pour lutter contre certaines manifestations digestives. Le résultat fut étonnant, non seulement les phénomènes spastiques du tractus digestif disparurent mais on assista à une rapide régression des manifestations gangreneuses. La parenté pharmacologique de l'histamine et de l'ergot de seigle faisait apparaître cette action pharmacodynamique comme du type des thérapeutiques homéopathiques: une dose faible d'une substance améliorant les troubles déterminés par une dose forte d'un médicament analogue (Loi des similitudes).

G. a utilisé cette observation pour tenter la même médication dans des gangrènes non provoquées par l'ergotine. Des dilutions de 1/100 à 1/1.000.000 d'ergot de seigle ont été employées chez une douzaine de malades juvéniles et quelques gangrènes séniles avec des résultats très encourageants justifiant des essais thérapeutiques sur une plus grande échelle.

G. Dreyfus-Sée.

E. Schulz. ***Epidémie de fièvre ganglionnaire de Pfeiffer*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 46, 17 Novembre 1933). — Une centaine de cas de fièvre ganglionnaire se sont produits en 1933 de Mai à Juillet dans une garnison. 35 de ces malades ont été examinés par S. qui en trace un tableau symptomatique général.

L'incubation paraît courte, quelques jours à une semaine.

Certains symptômes prodromiques se rencontreraient fréquemment: alors que les adultes sont fatigués, les enfants deviennent capricieux, insupportables, ils ont des accès de transpiration, sont anorexiques, parfois se plaignent de céphalée ou de douleurs abdominales. Ce stade dure quelques jours mais se prolonge parfois jusqu'à 3 semaines.

Parmi les signes objectifs de la période d'état, on note une conjonctivite folliculaire, des épistaxis ou vomissements, des douleurs abdominales pouvant simuler l'appendicite. La fièvre est élevée, de durée variable avec souvent de petites reprises tardives passagères.

La tuméfaction ganglionnaire peut précéder ou suivre les signes généraux, souvent son apparition coïncide avec la poussée fébrile: seuls les ganglions cervicaux sont douloureux, les autres localisations adénopathiques demeurent indolores.

Le gonflement constitué en quelques jours diminue lentement et ne disparaît guère avant 4 semaines ou plus. Les adénopathies intra-abdominales et thoraciques ne sont pas décelables cliniquement.

La rate est augmentée de volume, le foie parfois gros, le plus souvent normal.

Les manifestations pharyngées, angineuses, se sont montrées au premier plan et souvent leur importance a fait méconnaître les autres signes cliniques: angines avec amygdalite, soit rouges, œdémateuses, parfois avec enduit blanc.

L'examen du sang était typique dans tous les cas où il a été pratiqué à la période d'état, alors qu'au début de l'affection l'image hématologique peut être banale.

Quelquefois les modifications caractéristiques ne sont apparues que tardivement: leucocytose 10 à 20.000, rarement jusqu'à 80.000 avec 50 à 90 pour 100 de cellules mononucléées, lymphocytes, formes de transition, lymphoblastes; en outre inconstamment éosinophilie transitoire.

Le pronostic de l'affection est bon, la fièvre dure ordinairement quelques jours seulement. Rarement l'envahissement des ganglions abdominaux ou thoraciques peut créer quelques signes plus alarmants.

Cette affection paraît bien une maladie générale infectieuse, la porte d'entrée étant rhinopharyngée et l'envahissement ganglionnaire se faisant ultérieurement. Plusieurs épidémies ont été signalées déjà. Celle observée par S. paraît avoir prédominé chez les enfants. Dans les foyers un contact intime et assez prolongé semble avoir été indispensable à la contagion.

Enfin la thérapeutique est symptomatique et les mesures prophylactiques découlent de l'étiologie rhino-pharyngée vraisemblable.

P. Noravitz. ***Pneumothorax spontané familial sans gravité exprimant une « faiblesse pulmonaire » constitutionnelle*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 47, 24 Novembre 1933). — Deux frères à l'âge de 18 et de 20 ans présentent un pneumothorax spontané de la grande cavité. L'un d'entre eux présente durant 2 ans plusieurs récidives de son pneumothorax. Tous 2 guérissent cependant sans séquelles.

Le rôle de la tuberculose pulmonaire est discuté dans ce cas, les jeunes gens présentaient en effet des calcifications reliquat d'un complexe tuberculeux primaire ancien. Leur sœur avait également fait des accidents bacillaires légers.

Toutefois la guérison s'est faite et a persisté sans aucune manifestation bacillaire au niveau des foyers anciens, ni signe de réveil.

N. envisage à propos de ces cas l'hypothèse d'une sensibilité pleurale constitutionnelle.

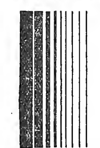
G. Dreyfus-Sée.

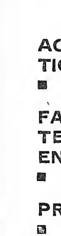
ANNALS OF SURGERY
(Philadelphie)

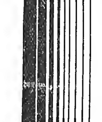
T. G. Orr. ***L'action de la morphine sur l'intestin grêle et ses applications cliniques dans le traitement de la péritonite et de l'obstruction intestinale*** (*Annals of Surgery*, vol. XCVIII, n° 5, Novembre 1933). — La morphine et l'opium passaient autrefois pour arrêter les contractions intestinales, mettre l'intestin au repos, et c'est dans ce but qu'on les utilisait dans les péritonites et l'occlusion intestinale.

Des expériences récentes, reprises par l'auteur, ont montré qu'il en était autrement. Chez le chien, des doses de morphine, comparables aux doses thérapeutiques humaines, accroissent le tonus de l'intestin, l'amplitude des mouvements de segmentation et provoquent des ondes péristaltiques. De grosses doses abolissent les mouvements péristaltiques, diminuent quelque peu le tonus, mais augmentent les contractions rythmiques. Les mêmes constatations ont été faites chez l'homme. L'opium garde son effet de constipation, mais par contraction des sphincters et non paralysie de l'intestin.

Il n'en est pas moins vrai que son rôle dans la péritonite, l'iléus paralytique et l'occlusion reste des plus utiles en maintenant le tonus de l'intestin







et en évitant sa surdistension. Par la surdistension la circulation de la paroi intestinale diminue, la résorption du contenu toxique de l'intestin a lieu, ce qui est un facteur important de mortalité.

La durée de l'action intestinale de la morphine est de six heures. L'idéal serait d'en donner toutes les quatre heures et à dose suffisante pour produire une sorte de narcose continue; la limite dangereuse est signalée par une chute de la respiration au-dessous de 12 à la minute ou par la cyanose.

M. Guimbellot.

F. A. Coller et **W. G. Maddock.** ***Les besoins en eau des malades chirurgicaux*** (*Annals of Surgery*, vol. XCVIII, n° 5, Novembre 1933). — C. et M. ont étudié sur 6 malades chirurgicaux le métabolisme de l'eau pendant plusieurs jours consécutifs. Ils ont déterminé d'une part les entrées d'eau : eau des aliments solides, eau des boissons, eau résultant de l'oxydation des aliments dans l'organisme, eau préformée dans le corps et qui peut être utilisée; d'autre part, les sorties d'eau : eau des urines, eau des fèces, eau des vomissements, des fistules biliaires, eau perdue insensiblement par la respiration et la peau et qui atteint de 1.800 à 2.750 cmc.

Il est nécessaire de connaître le pouvoir de concentration du rein. Normalement, le rein doit éliminer 35 à 40 gr. de matériaux solides par jour et il lui faut 15 gr. d'eau par gramme de solide, soit 600 cmc d'urine; si son pouvoir de concentration diminue, qu'il faille 40 gr. d'eau par gramme de solide, il faudra 1.600 cmc d'urine pour éviter la rétention.

Une entrée d'eau suffisante est celle qui fournit 2 litres d'eau pour les pertes cutanéo-pulmonaires, qui couvre en plus les pertes liquides du tube digestif et qui fournit 1.500 cmc d'une urine de densité ne dépassant pas 1.015.

On peut ainsi calculer le besoin d'eau d'un malade déterminé, et éviter les dangers d'une entrée d'eau trop minime et la gêne d'une entrée d'eau trop abondante.

M. Guimbellot.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY and SYPHILOLOGY (Chicago)

D. Bloom. ***Lymphogranulomatose de la langue et des ganglions cervicaux*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXVIII, n° 6, Décembre 1933). — Les localisations extra-génitales de la maladie de Nicolas-Favre sont rares.

B. a observé un cas intéressant de localisation linguale et lymphogranulomatose chez un Polonais de 45 ans, qui avait eu des rapports buccaux avec une prostituée noire en Avril 1932. Un petit bouton non douloureux apparut quelques jours après sur la pointe de la langue, que le malade incisa 15 jours plus tard avec une lame de rasoir. La moitié antérieure de la langue se mit alors à enfler; la muqueuse devint rouge, granuleuse; sa consistance était ferme, sauf en un point à gauche où elle était fluctuante.

Les ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires étaient tuméfiés; ils se ramollirent et le 4 Juillet une incision donna issue à du pus abondant, jaune, épais. En même temps existait une fièvre rémittente atteignant 39°.

La réaction de Frei fut complètement positive. Les réactions cutanées obtenues avec le propre pus du malade et avec le pus d'autres malades atteints de lymphogranulomatose inguinale furent également positives.

La lésion linguale était donc l'accident primitif de la maladie de Nicolas; contrairement à la règle, il n'était pas insignifiant ni éphémère.

Le malade fut traité par des injections de tartrate de potassium et d'antimoine (5 à 7 cmc d'une solution à 1 pour 100 2 fois par semaine); le malade reçut 130 cmc.; mais les injections durent être interrompues en raison des douleurs articulaires et musculaires. On fit alors des injections sous-cutanées et intramusculaires avec l'antigène du malade. La guérison fut obtenue.

R. Burnier.

Montgomery et **O'Leary.** ***Ganglioneuromes multiples de la peau*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIX, n° 1, Janvier 1934). — Un malade de 26 ans avait depuis 6 mois des lésions disséminées sur la peau des fesses, du dos, de l'abdomen, de l'aisselle, du tronc, plus rares sur les paumes des mains, la nuque, les paupières, le pénis, autour de l'anus; les muqueuses étaient respectées. Il s'agissait de papules ou nodules jaunâtres, arrondis, fermes, de 1 mm. à 1 cm. de diamètre et faisant saillie au-dessus de la peau. Pas de pustules, ni d'escarres. Après vitro-pression il persistait une tache jaune; il existait une légère douleur à la pression.

On pensa à des xanthomes multiples du type juvénile, ou à une leucémie cutanée ou à des sarcoïdes.

Mais la biopsie montra qu'il s'agissait de ganglioneuromes, avec larges cellules à noyaux vésiculeux renfermant de fines granulations de Nissl, qui ont leur origine dans le système nerveux sympathique périphérique; ces cellules étaient entourées d'un processus dendritique abondant.

Certaines auteurs regardent ces cellules ganglionnaires comme des histiocytes et ce cas serait intitulé granulome réticulo-histiocytique.

M. et O. ne partagent pas cette conception et considèrent cette tumeur ganglionnaire comme une malformation.

Le diagnostic est à faire avec les xanthomes, les fibromes cutanés, les sarcoïdes, la sarcomatose de Kaposi, les léiomyomes.

R. Burnier.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

Leiter et **Grinker.** ***Le rôle de l'hypothalamus dans la régulation de la pression sanguine*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, Vol. XXXI, n° 1, Janvier 1934). — L'existence de centres vasomoteurs régulateurs de la pression sanguine au niveau du plancher du 4° ventricule n'est guère douteuse. L. et G. ont entrepris des recherches expérimentales sur le chat pour préciser si un centre de même ordre n'existerait pas dans la région hypothalamique. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Une hypertension artérielle appréciable, indépendante de toute manifestation convulsive ou de trouble respiratoire, n'a pu être déterminée par une excitation électrique directe de l'hypothalamus. Les convulsions font monter la tension sanguine. L'élimination des secousses musculaires par la curarisation de l'animal s'accompagne d'une baisse de la pression sanguine. Mais si, chez des animaux curarisés, l'excitation électrique est suffisamment intense pour déterminer quand même des convulsions, la pression sanguine monte. Cette ascension chez des animaux curarisés est d'ailleurs la même que les convulsions toniques soient produites par excitation de l'hypothalamus ou de toute autre région de l'encéphale.

Chez les animaux curarisés dont les centres vasomoteurs médullaires sont susceptibles de déterminer de l'apnée, l'excitation électrique de l'hypothalamus peut donner lieu à une importante hypertension, même en l'absence de tout trouble moteur.

Les convulsions toniques ou cloniques sont produites par un courant électrique d'intensité moins élevée par excitation de la partie postérieure de l'hypothalamus et des pédoncules cérébraux que par celle de sa partie antérieure.

Cette série d'expérimentations permet de penser qu'il n'existe pas un centre vasomoteur supérieur dans l'hypothalamus. L'expérimentation sur l'homme est seule capable de nous renseigner sur les centres végétatifs de la région hypothalamique. Mais rien jusqu'ici ne permet d'expliquer l'hypertension essentielle par une lésion de cette région.

H. Schaeffer.

William Cone, Colin Russel et **Robert Unwin Harwood.** ***Le plomb cause possible de la sclérose multiple*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, Vol. XXXI, n° 2, Février 1934). — Le rôle de l'intoxication saturnine comme agent étiologique de la sclérose en plaques est basé par C., R. et U. H. sur 7 observations de sclérose multiple dont une anatomo-clinique, et une observation anatomo-clinique de neuromyélite optique. Dans les deux derniers cas, les auteurs trouvèrent dans le névraxe le plomb en quantité plus abondante dans les plaques de sclérose que dans le tissu sain.

Six cas de sclérose multiple avec leurs poussées évolutives habituelles montraient la présence de plomb dans les selles, les urines, et le liquide céphalo-rachidien. Dans 3 cas, étudiés pendant un temps assez long, C., R. et U. H. observèrent une augmentation du plomb dans les excrétions quand les malades étaient acidosiques, et sa diminution sous l'influence d'un traitement calcique.

Chez le malade atteint de neuromyélite optique la valeur thérapeutique du calcium était nette, la calcithérapie retardant l'évolution de la myélite et faisant disparaître le plomb dans le liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs estiment que la présence du plomb dans le système nerveux, le liquide céphalo-rachidien, les os, le foie, et les excréta de leurs malades ne suffit pas pour affirmer qu'il est la cause de la maladie. Il y a pourtant là une coïncidence bien curieuse qui mérite d'être vérifiée chez d'autres malades, et d'être étudiée expérimentalement.

Les auteurs ont également constaté la présence de plomb dans les excréta et le liquide céphalo-rachidien, dans des affections autres que la sclérose multiple : syndromes d'hypertension intra-cranienne; épilepsie, polynévrite aiguë infectieuse, hémorragie cérébrale, lésion localisée autre du névraxe.

Trop de recherches sur les facteurs étiologiques de la sclérose multiple ont fait faillite pour que l'on n'éprouve pas quelque scepticisme quand on en suggère un nouveau. C'est également une raison pour ne pas l'écarter.

Cet important mémoire, dont les conclusions ont été très discutées par les neurologistes américains eux-mêmes, doit donc être considéré comme le point de départ de nouvelles recherches, mais non comme un élément de certitude actuelle.

H. Schaeffer.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Myles Bickerton. ***La menace de la cécité héréditaire*** (*British medical journal*, n° 3811, 20 Janvier 1934). — En Angleterre, le nombre officiel des aveugles est d'environ 72.000 ; de 1929 à 1930, il s'est accru de 4.000. Mais ces chiffres sont au-dessous de la vérité. Il faut y ajouter les aveugles des classes aisées, les aveugles au-dessous de l'âge scolaire, ceux qui le sont devenus après avoir quitté l'école et qui n'ont pas atteint l'âge de la pension soit 50 ans, ceux qui le deviennent après 65 ans, car les aveugles touchent la même somme que les vieillards soit 10 schillings par semaine, si bien qu'il faut porter à 250.000 le chiffre des aveu-

gles en Angleterre et à 1.000.000 le nombre des borgnes.

21 pour 100 des aveugles le sont devenus au cours de la première année de leur vie. Parmi ceux-ci 35 pour 100 sont aveugles soit par syphilis héréditaire soit pas malformation congénitale.

B. montre quelles sont les affections oculaires qui sont nettement héréditaires: albinos, myopie, atrophie optique, névrite optique, absence d'iris, cataracte congénitale, cristallin ectopique, glaucome, sclérotiques bleues, gliomes, dégénération de la macula.

Les conséquences morales et économiques de cet état de choses sont désastreuses; il faut avoir le courage d'envisager certaines mesures: le contrôle des naissances pour éviter le surpeuplement et la misère; la stérilisation des sujets atteints de troubles mentaux et de certains criminels comme en Amérique; la révision de la loi sur l'avortement surannée et vieille de 60 ans; l'avortement serait la seconde ligne de défense du contrôle des naissances, comme en Russie; l'euthanasie pour les enfants avec de grosses malformations devrait être permise aux parents qui le demanderaient; l'interdiction du mariage entre dégénérés est interdite par les catholiques, mais cela n'empêche pas les naissances illégitimes; la réaction de Wassermann devrait être faite avant et durant la grossesse, ou bien avant le mariage, comme en Roumanie.

Au Mexique, dans l'Etat de la Vera-Cruz, toutes ces mesures ont été prises. B. conclut en disant: qu'attend l'Angleterre pour marcher résolument dans cette voie.

André Plichet.

A. d'Abreu. ***Les relations entre la thrombophlébite migratrice et la thrombo-angéite oblitérante*** (*British medical journal*, n° 3811, 20 Janvier 1934). — On a longtemps considéré qu'il n'y avait aucune relation entre ces deux maladies. Buerger, depuis 1924, insiste sur le fait que la phlébite migratrice fait partie d'une maladie étendue qui frappe en même temps les veines et les artères, les symptômes cliniques de la phlébite pouvant alterner avec ceux de la thrombose artérielle.

A l'appui de cette opinion, A. rapporte l'observation d'un sujet qui pendant 40 ans présenta des phlébites des jambes et de l'abdomen. Il eut même des infarctus pulmonaires. A l'âge de 52 ans, il présenta une gangrène du pied droit. On dut recourir à une amputation de la cuisse et le malade mourut peu de jours après. L'examen histologique des artères montra les lésions d'une thromboangéite oblitérante.

En présence d'une phlébite migratrice, il faut faire toujours un pronostic réservé, non seulement pour le présent mais pour l'avenir à cause de la transformation possible en thrombo-angéite oblitérante.

André Plichet.

L. Raymond. ***L'augmentation de tension intra-oculaire comme cause de céphalée frontale importante chez les jeunes sujets*** (*British medical journal*, n° 3811, 20 Janvier 1934). — R. rapporte les observations de sujets n'ayant pas dépassé 30 ans, présentant depuis de nombreuses années une céphalée frontale tenace ayant résisté à tous les traitements habituels. Dans chaque cas, la sinusite frontale, le tic douloureux de la face, le zona ophtalmique, la migraine furent successivement envisagés et éliminés. Dans chaque cas également, la douleur était augmentée par la compression oculaire et la tension oculaire était plus élevée que normalement. Il n'y avait aucun trouble de la musculature externe, le fond d'œil était normal ainsi que l'acuité visuelle. Des instillations d'ésérine firent disparaître cette céphalée frontale.

André Plichet.

P. Fonts, O. Holmer et L. Zerfas. ***La réponse hématopoiétique aux injections intramusculaires de suc gastrique humain concentré*** (*British medical journal*, n° 3812, 27 Janvier 1934). — Morris et ses collaborateurs ont montré récemment que le suc gastrique humain était inactif dans les anémies, quand il était injecté à petites doses et qu'au contraire, quand le suc gastrique était concentré, l'augmentation des réticulocytes suivait bientôt l'injection. Ces faits ont été confirmés par nombre d'auteurs.

F., H. et Z. ont repris ces expériences. Ils ont pris du suc gastrique de sujets bien portants, l'ont concentré dans le vide, le réduisant de 600 cmc à 10 ou 15 cmc.

Les résultats ont tout d'abord paru différents de ceux de Morris. Ayant, après concentration, filtré le liquide et l'ayant conservé dans la glacière pendant deux mois, les résultats ont été négatifs; ayant renouvelé leurs essais avec un nouveau groupe de malades avec du suc gastrique frais et filtré, ils n'ont eu aucune action. Au contraire, avec du suc gastrique concentré dans le vide et non filtré, ils ont eu les résultats attendus.

Il semble qu'il y ait un changement dans le suc gastrique pendant la concentration dans le vide et création d'un principe actif, mais irritant, tout d'abord, les organes hématopoïétiques.

André Plichet.

V. Lloyd et N. Lloyd. ***Circoncision et syphilis*** (*British medical journal*, n° 3812, 27 Janvier 1934). — La valeur hygiénique de la circoncision a été longtemps admise. La balano-posthite et le cancer du pénis sont rares, s'ils existent même chez les circoncis. De même, on a cru pendant longtemps que la syphilis était plus rare chez eux. De nombreuses statistiques semblent en apporter la preuve, notamment celle de Breitenstein qui portent sur 15.000 soldats indigènes circoncis et sur 18.000 soldats européens non circoncis.

L. et L. ont examiné 499 sujets avec les procédés d'investigation moderne. Ils ont trouvé chez 118 circoncis 20,2 pour 100 de syphilis, chez 381 non circoncis, 21,9 pour 100 de syphilis. Si on range dans la catégorie des circoncis les sujets qui ont naturellement un prépuce court, le pourcentage reste sensiblement le même. L. et L. concluent que l'absence de prépuce n'est pas le facteur préventif que l'on croyait contre la contamination syphilitique.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

Slot et Deville. ***Le traitement des arthrites et du rhumatisme par l'or*** (*The Lancet*, n° 5759, 13 Janvier 1934). — 6 enfants entre 10 et 15 ans, atteints de rhumatisme articulaire, furent traités par une préparation d'or. Un seul fut légèrement amélioré qui avait un rhumatisme subaigu datant de 7 ans. Chez les autres qui avaient des cardiopathies marquées, le résultat fut nul.

Par contre, 14 adultes atteints de rhumatisme chronique furent améliorés par des injections d'or soit intraveineuses, soit intramusculaires.

Ce traitement semble supérieur à ceux qui furent mis en œuvre dans 17 cas comparables et qui consistèrent en salicylate de soude par voie buccale et intraveineuse, en injection de soufre colloïdal, de fibrolysine et de T. A. B. par voie veineuse.

André Plichet.

Rachmilewitz. ***L'azotémie aiguë extra-rénale*** (*The Lancet*, n° 5759, 13 Janvier 1934). — L'augmentation de l'urée dans le sang est considérée généralement comme un signe important d'insuffisance rénale. La rétention d'urée dans les maladies autres que celle du rein, telles que le choléra asiatique ou l'insuffisance cardiaque, est considérée également comme un signe de lésion rénale. Blum a justement fait faire un progrès énorme à cette question en montrant que dans certains cas le manque de sel pouvait être à l'origine de l'augmentation d'urée sanguine. A ces cas, il faut rattacher ceux d'urémie aiguë par vomissements et diarrhée.

Après administration de chlorure de sodium et de glucose, les symptômes toxiques disparaissent et l'urée sanguine diminue. Plusieurs pathogénies de cette urémie aiguë extra-rénale ont été données. Pour R., la succession des faits est probablement la suivante: la grande perte de liquide provoque un trouble de la balance minérale et par conséquent un trouble dans le métabolisme général. Cela se traduit par une destruction de protéines, d'où accumulation d'azote dans le sang et intoxication. Celle-ci à son tour augmente les vomissements et la diarrhée et ainsi se trouve créé un cercle vicieux qui ne peut être rompu que par l'administration de liquide et de chlorures.

André Plichet.

Mc Alpine. ***Le traitement de la myasthénie par l'éphédrine*** (*The Lancet*, n° 5761, 27 Janvier 1934). — Les recherches récentes n'ont pas éclairci l'étiologie de la myasthénie et le traitement de cette maladie reste aussi décevant que celui de la sclérose en plaques.

Deux faits cependant doivent faire penser à un trouble endocrinien: la présence d'un gros thymus dans la moitié des cas et l'amélioration pendant la grossesse.

Des préparations de thymus, d'ovaire, de glande surrénale ont été essayées sans succès durable. Deux traitements nouveaux ont été préconisés ces temps-ci: l'éphédrine et la glycine.

La glycine est un dérivé d'amino-acide qui a été employé pour la première fois, avec succès, dans trois cas de dystrophies musculaires par Milhorrat, Technor et Thoma. Boothby eut une amélioration dans 8 cas, mais chez 7 d'entre eux, il ajouta de l'éphédrine à la glycine.

A. eut à soigner 6 cas de myasthénie. Il est impossible pour trois de ces cas de juger de la valeur de la thérapeutique par l'éphédrine à cause des rémissions spontanées qui existent dans cette maladie. Trois autres cas furent améliorés et l'un d'entre eux reçut, en même temps que de l'éphédrine, de la glycine.

L'éphédrine est donnée à la dose de 3 centigr. deux fois par jour, la glycine, qui semble renforcer l'action de l'éphédrine, à la dose de 1 gr. à 2 gr. par jour.

André Plichet.

IL POLICLINICO
(Rome)

E. Antoniazzi. ***Un cas mortel d'asthme bronchique avec autopsie*** (*Il Policlinico* [*Sez. medica*], t. XL, n° 6, 1er Juin 1933). — Une femme souffre depuis l'âge de 18 ans de coryza spasmodique; à partir de 37 ans surviennent des crises d'asthme humide qui deviennent de plus en plus longues, fréquentes et intenses; l'examen ne montre pas de signes radiologiques anormaux, le cœur est normal, toutes les cutiréactions (400) sont négatives; peu à peu, les crises deviennent subintrantes et aucun traitement n'agit: adrénaline, éphédrine, chlorure de calcium intraveineux, extraits de rate, auto-hémothérapie, pyrétothérapie soufrée, vaccinothérapie (avec les germes isolés des crachats) d'ailleurs mal supportée. Vingt mois après le début, la mort survient au cours d'un accès, vraisemblablement par asphyxie progressive.

A l'autopsie, les poumons sont un peu congestionnés avec par places de l'œdème et de l'emphysème; tout l'arbre bronchique, à partir des bronches de deuxième ordre jusqu'aux plus fines

bronchioles, est obturé par des bouchons de mucus dense et blanchâtre qui empêchent absolument la pénétration de l'air: les huit dixièmes de l'arbre bronchique sont le siège de cette sécrétion. Le cœur est très légèrement dilaté et les autres organes ne présentent rien de spécial.

Histologiquement, les parois bronchiques sont épaissies en raison de l'œdème de la muqueuse, de la turgescence de l'épithélium mucipare, de la congestion des capillaires sanguins et de l'infiltration cellulaire de toutes les tuniques; cette infiltration est constituée avant tout par des éosinophiles, presque tous polynucléaires, quelques-uns mononucléés; quelques éosinophiles se retrouvent aussi dans les alvéoles au milieu des cellules épithéliales desquamées; les glandes muqueuses péribronchiques sont hyperplasiées et en état d'hyperfonctionnement; la tunique musculaire des bronches n'est pas hypertrophiée. Au niveau de polypes des fosses nasales, on retrouve une infiltration éosinophilique aussi importante, les éosinophilés se touchant en certains points; les éosinophiles à noyau unique sont moins rares que dans les bronches et généralement de petite taille et en pycnose; il n'y a aucune prolifération conjonctive, aucun indice de génèse locale des éosinophiles et A. pense qu'ils sont d'origine sanguine.

Dans la physiopathologie de l'accès d'asthme, la sténose des bronchioles peut être due au spasme des muscles lisses ou à la tuméfaction de la muqueuse et à son hypersécrétion; le dernier facteur paraît prépondérant dans le cas rapporté; cependant, même en l'absence d'hypertrophie de la musculature bronchique, le rôle du spasme ne doit pas être négligé, car les crises débutaient par une phase spasmodique sèche. Le problème est d'ailleurs complexe, car Hueber et Koesler ont trouvé le même enduit muqueux des bronches à l'autopsie d'un malade qui n'avait présenté que des crises du type sec.

Lucien Rouquès.

A. Starna. ***Calcémie et calciopexie dans la tuberculose pulmonaire*** (*Il Policlinico* [*Sez. pratica*], t. XL, n° 25, 19 Juin 1933). — La thérapeutique dite recalcifiante est très en vogue pour la tuberculose pulmonaire, mais ses bases restent incertaines. L'hypocalcémie manque en général dans la tuberculose pulmonaire, même à la période terminale; après administration de chlorure de calcium par voie veineuse et de phosphate tri-calcique par la bouche, la calcémie reste inchangée dans la plupart des cas; l'amélioration qu'on attribue à la thérapeutique recalcifiante n'est peut-être due qu'à la cure sanatoriale et, en tous cas, si le calcium agit, c'est sans doute par stimulation du métabolisme ou par action de catalyse sur l'organisme.

Parmi les fixateurs du calcium, seule, l'ergostérine irradiée paraît efficace, ainsi que l'ont montré les recherches expérimentales de Levaditi et de nombreux essais cliniques. Sur 6 malades que S. a traités par le chlorure de calcium intraveineux, le phosphate tricalcique par la bouche et par l'ergostérine, 4 ont présenté en fin de traitement une baisse nette de la calcémie et tous les 4 ont été améliorés; la calcémie des 2 autres a augmenté: l'état de l'un s'est aggravé, le poids du dernier s'est élevé sans que les signes physiques soient modifiés; l'ergostérine administrée seule ne modifie pas la calcémie.

S. estime en conclusion que le traitement combiné par le calcium et l'ergostérine doit être retenu en matière de tuberculose pulmonaire; peu importe que la calcémie ne soit pas augmentée; les données expérimentales montrent d'ailleurs qu'il n'y a pas intérêt à accroître une calcémie normale et que l'hypercalcémie indique plus une perte de calcium déjà fixé qu'une augmentation de la calciopexie.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

G. Balestra. ***Les signes radiologiques de la tuberculose de l'intestin grêle*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 21, 26 Mai 1933). — Les ulcérations et les inflammations tuberculeuses du grêle provoquent des modifications très variées du tonus des anses, parmi lesquelles les hypertonies sont les plus fréquentes. Sont surtout intéressantes les modifications fixes et segmentaires dont les types extrêmes sont la dilatation atonique segmentaire de Vespignani et le spasme localisé. Les lésions iléo-cæcales, comme celles du grêle, peuvent donner des hypercinésies et des hypertonies diffuses; mais dans le premier cas, si on peut observer de la stase iléale, on note le plus souvent un remplissage rapide du gros intestin, tandis que, dans le second, la progression de la baryte est plus difficile et l'évacuation gastrique et le remplissage cæcal retardés. On ne doit pas négliger la recherche de la douleur à la pression, là où existent des anomalies fixes et segmentaires du tonus. L'interprétation de tous ces signes doit être prudente parce qu'ils peuvent dépendre de lésions péritonéales ou vasculo-nerveuses comme de lésions muqueuses et parce que les lésions muqueuses peuvent ne plus être en activité.

Les signes directs ont moins d'importance: la déformation limitée du profil d'une anse, la persistance de résidus opaques après évacuation peuvent s'observer comme sur le cæcum, mais leur correspondance avec les lésions est loin d'être absolue; ce n'est que rarement que le dessin des plis de la muqueuse apparaît modifié.

Lucien Rouquès.

E. Pesci. ***Interprétation anaphylactique de quelques affections encéphaliques*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 24, 16 Juin 1933). — Dans un cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne idiopathique, P. a trouvé les lésions hémorragiques caractéristiques de la polioencéphalite aiguë hémorragique de Wernicke, affection qui paraît de même nature que l'encéphalite aiguë hémorragique de Strümpell; histologiquement, on ne trouve pas de signes d'inflammation, mais de simples hémorragies, et les centres qui paraissent cliniquement touchés ne présentent aucune altération. P. estime qu'il s'agit d'une réaction anaphylactique au cours d'un état infectieux, analogue au phénomène de Sanarelli-Schwarzmann, c'est-à-dire à la réaction hémorragique aiguë qui se produit chez les animaux après injection intraveineuse d'un antigène homologue ou hétérologue, dans les régions où des bacilles ou leurs toxines se sont antérieurement localisés.

Lucien Rouquès.

G. Cirio. ***Valeur de la décapsulation rénale dans la néphrite hématurique douloureuse*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 24, 16 Juin 1933). — On a interprété de trois façons l'action souvent favorable de la décapsulation rénale: décongestion d'un rein étranglé dans sa capsule, création de nouvelles connexions vasculaires entre la surface cruentée du rein et l'atmosphère périrénale, section de nombreuses fibres végétatives réalisant une énervation partielle. C. rapporte 3 cas de néphrite hématurique douloureuse où la décapsulation a fait disparaître d'une manière durable les douleurs et les hématuries, les malades ayant été suivis respectivement pendant 3 mois, 2 ans et 3 ans et demi. Il pense qu'il s'agit dans ces cas d'une néphrite parcellaire chronique et que la décapsulation produit une hyperhémie qui améliore le régime circulatoire et les conditions trophiques et favorise ainsi la résolution des foyers infectieux. La disparition des douleurs s'explique par la suppression des nombreuses fibres de la capsule au cours de la décapsulation, intervention préférable à l'énervation du pédicule qui n'est pas inoffensive pour le rein. La décapsulation est une intervention à retenir dans les néphrites hématuriques et douloureuses.

Lucien Rouquès.

M. Sacchi. ***L'épreuve de l'ammoniurie provoquée dans l'étude du fonctionnement global des reins*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. I, n° 25, 23 Juin 1933). — Il est maintenant démontré que l'ammoniaque éliminé par l'urine est formé par le rein; la formation de l'ammoniaque est une des fonctions internes les plus importantes du rein et joue un rôle de premier ordre dans la régulation de l'équilibre acido-basique, l'élévation de l'acidité ionique du plasma étant l'excitant spécifique de l'ammoniogénèse rénale.

S. a utilisé cette fonction de formation d'ammoniaque par le rein comme moyen d'étude du fonctionnement global des reins et non plus seulement, comme Jeanbrau l'a proposé, du fonctionnement individuel des reins après cathétérisme urétéral. Lorsque l'azotémie, la concentration uréique, la constante d'Ambard et la phénolphtaléine indiquent que le rein fonctionne normalement, l'ingestion d'acide phosphorique est suivie rapidement d'une hyperammoniurie importante; inversement, à un fonctionnement rénal compromis correspond une hyperammoniurie faible ou nulle et le plus souvent retardée. Cette méthode d'exploration est précise, d'un emploi facile, sans contre-indications; elle n'est pas troublée par les facteurs extra-rénaux; elle est donc à retenir.

Lucien Rouquès.

G. Oliva et **M. Pescarmona.** ***La réaction de Takata dans les affections hépatiques*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. II, n° 27, 7 Juillet 1933). — En milieu faiblement alcalin et en présence de colloïdes doués d'une action protectrice, une solution de sublimé donne lieu à la formation d'oxyde de mercure à l'état naissant qui est capable de déterminer dans certaines conditions l'adsorption de fuchsine ajoutée à la solution et de modifier la couleur de celle-ci. Cette réaction effectuée avec les albumines sériques a été proposée par Takata pour le diagnostic différentiel des processus pneumoniques. O. et P. l'ont employée dans des affections variées du foie; presque tous les résultats positifs ont été observés dans des cirrhoses avancées et, dans toutes ces cirrhoses, la réaction a été positive; elle est donc, comme on l'a déjà soutenu et dans une certaine mesure, spécifique du processus de cirrhose; elle a aussi une valeur pronostique très appréciable en raison du parallélisme de son intensité et de la gravité des lésions; toutefois, elle est loin d'être précoce et si O. et P. ne l'ont pas trouvée positive dans des affections ne touchant pas le foie, ils l'ont obtenue avec les sérums d'un malade ayant un ictère néoplasique avec atteinte des cellules hépatiques sans cirrhose et d'un malade ayant un ictère hépatocellulaire. La réaction est également positive avec les liquides d'ascite ou les liquides pleuraux des cirrhotiques.

Le mécanisme de la réaction paraît complexe et mal élucidé; il est indiscutable qu'il y a une relation étroite entre son existence et le quotient albumineux du sérum, mais il y a peut-être là plus une question chronologique qu'un véritable rapport de cause à effet; il convient de remarquer que dans des néphrites subaiguës et dans une néphrose lipoïdique avec œdèmes importants, O. et P. ont eu des réactions négatives. On ignore encore si les altérations de la crase sanguine qui déterminent la floculation dans la réaction de Takata ont leur point de départ dans les cellules hépatiques ou dans l'appareil mésenchymateux intra- et extra-hépatique.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

S. Maugeri. ***Origine et signification de la bilirubine dans le liquide céphalo-rachidien*** (*La Riforma medica*, t. XLIX, n° 16, 22 Avril 1933). — M. a recherché la bilirubine dans 20 liquides céphalo-rachidiens par la méthode d'H. Van den Bergh. Chez 5 sujets à système nerveux normal, la bilirubine n'a pas été trouvée; elle manquait également dans deux cas de tabes, un cas de paralysie progressive; elle existait dans 3 cas sur 5 de méningite tuberculeuse, dans deux cas de méningite cérébro-spinale, dans un cas de méningite purulente, dans 3 cas de tumeur cérébrale dont l'un avec hémorragie et dans un cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne.

L'origine de la bilirubine rachidienne n'est pas la même dans tous les cas; dans les méningites et les tumeurs sans hémorragie, la bilirubinorachie est inférieure ou égale à la bilirubinémie et la bilirubine du sang passe dans le liquide à la faveur du trouble de la perméabilité méningée produit par l'inflammation ou la tumeur. Dans les hémorragies sous-arachnoïdiennes, la bilirubinorachie dépasse la bilirubinémie; l'hémoglobine libérée se transforme sur place en bilirubine.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

G. Ferro-Luzzi. ***Considérations sur les abcès du poumon et spécialement sur les formes chroniques et le traitement par l'alcool intraveineux*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XII, n° 6, Juin 1933). — Ce travail basé sur 7 cas d'abcès du poumon n'apporte guère de données nouvelles pour le lecteur français et F. y fait d'ailleurs de nombreuses allusions aux travaux de l'école française. Les injections intraveineuses d'alcool ne sont pas aussi certainement efficaces que les auteurs polonais l'ont soutenu; néanmoins, même dans les abcès chroniques, seules ou, mieux, associées aux autres traitements, elles restent une des meilleures méthodes thérapeutiques: elles sont bien tolérées, peuvent être répétées longtemps sans inconvénient et contribuent à réduire l'expectoration et à améliorer l'état général. Dans une observation de tuberculose pulmonaire ayant simulé un abcès aigu, les injections d'alcool ont donné, à la première phase de l'évolution, de bons résultats.

ATHENA
(Parme)

V. Bernabeo. ***Considérations anatomo-pathologiques sur 103 cas d'autopsie d'abcès du poumon*** (*Athena*, t. II, n° 4, Avril 1933). — Cette statistique de l'Institut d'anatomie pathologique de Parme comprend 103 cas d'abcès du poumon, de gangrènes pulmonaires et de pleurésies interlobaires observés à l'autopsie en 20 ans, avec un pourcentage par rapport au nombre total des décès de 1,25 pour 100. L'épidémie de grippe de 1918 n'a pas augmenté le nombre des abcès et c'est en 1927 que le plus de cas ont été observés; le maximum de fréquence se place entre 40 et 50 ans; les deux tiers des cas concernent des hommes qui présentent surtout des abcès post-pneumoniques, les femmes ayant surtout des abcès d'origine pyohémique, pour la plupart après des interventions sur l'utérus ou les annexes.

La gangrène pulmonaire et les abcès uniques ont pour siège principal le poumon droit et son lobe inférieur; la statistique globale donne une prédominance pour le lobe inférieur du poumon gauche, où sont particulièrement fréquents les abcès multiples. Au niveau des lobes supérieurs, siègent la plupart des abcès et des gangrènes métapneumoniques ou consécutifs à une cardiopathie, à des lésions des voies respiratoires ou à des interventions naso-pharyngées; au niveau des lobes inférieurs, on observe surtout les abcès et les gangrènes consécutifs aux interventions abdominales et aux méningites aiguës ou survenant chez les sujets atteints de psychose sénile ou d'artério-sclérose cérébrale.

Les abcès d'origine locale sont les plus fréquents (61,4 pour 100): bronchites chroniques et pneumonies (42 pour 100), bronchiectasie (7,75 pour 100), tuberculose, cancer métastatique du poumon, pleurésie primitive. Les abcès d'origine aérienne sont rares (4,85 pour 100): cancer ou tuberculose du larynx, cancer de l'œsophage, etc. Les abcès d'origine hématique représentent 33,75 pour 100 du total et les causes les plus fréquentes sont les otites moyennes purulentes et les péritonites.

L'abcès simple peut guérir spontanément; mais si la guérison n'est pas rapide, il tend à devenir chronique ou fétide. L'abcès chronique ne peut être guéri que par une résection partielle du poumon, la pneumotomie étant insuffisante. L'abcès simple devenu fétide peut d'abord être traité par la pneumotomie, mais la résection devient vite nécessaire. La gangrène localisée peut parfois guérir après pneumotomie précoce (moins de deux semaines après le début), lorsqu'elle n'a pas une allure trop aiguë; mais dans la règle, la mort survient avant que l'opération ait pu être faite.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Rome)

M. Calabrese et W. Schwarz. ***Sur le contenu en acide lactique du sang à l'état normal et pathologique*** (*La Clinica Medica Italiana*, t. LXIV, n° 5, Mai 1933). — L'augmentation de l'acide lactique du sang par surproduction peut s'observer dans les états d'hyperactivité musculaire, peut-être dans les affections hépatiques et dans de rares cas de néoplasie maligne; l'augmentation par élaboration défectueuse peut être rencontrée dans les maladies du foie, dans l'insuffisance cardiaque, dans la pneumonie, dans les tumeurs malignes, dans l'hyperthyroïdisme et la myasthénie. L'augmentation de l'acide lactique sanguin dans les cardiopathies décompensées est imputable surtout au dysfonctionnement hépatique, mais probablement aussi à des troubles du chimisme musculaire; c'est à ces mêmes troubles que C. et S. rapportent l'élévation de l'acide lactique dans la maladie de Basedow et la myasthénie.

L'acide lactique n'est pas seulement un déchet métabolique, mais aussi un des éléments de l'équilibre électrolytique du sang et les variations des autres éléments peuvent modifier secondairement le taux de l'acide lactique; ce taux ne dépend donc pas seulement d'anomalies de production ou d'élaboration et sa valeur clinique s'en trouve diminuée; cependant, la détermination du taux de l'acide lactique du sang et l'épreuve de charge par les lactates peut avoir un certain intérêt dans l'exploration fonctionnelle du foie.

Lucien Rouquès.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

Ryll-Nardzewski. ***Remarques étiologiques sur le pityriasis rubra pilaire*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 3, Octobre 1933). — L'étiologie du pityriasis rubra pilaire prête toujours à discussion. On a soutenu l'origine tuberculeuse. Les facteurs héréditaires et constitutionnels jouent également un rôle. Certains auteurs le font dépendre de troubles du système nerveux.

Récemment on a trouvé dans un certain nombre de cas des *troubles endocriniens*, soit comme facteur indépendant, soit en relation avec le système nerveux. De bons résultats ont été obtenus par l'opothérapie, soit thyroïdienne, soit parathyroïdienne, soit hypophysaire.

Dans un cas de pityriasis rubra pilaire rapporté par R. chez un homme de 22 ans, on examina le sérum sanguin par la méthode interférométrique au point de vue de l'activité des glandes endocrines: hypophyse, thyroïde, thymus, testicule et surrénale. On nota des troubles importants dans l'activité de toutes ces glandes: absence de corrélation entre l'activité de la surrénale et de l'hypophyse, diminution de l'activité hypophysaire, de la thyroïde et du testicule.

Dans ce cas, le malade ne reçut aucun traitement: or une amélioration spontanée se produisit le deuxième mois, puis les lésions cutanées disparurent complètement.

R. Burnier.

Sirota. ***Etudes expérimentales sur le parapsoriasis chronique et aigu*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 3, 3 Octobre 1933). — Le parapsoriasis de Brocq (pityriasis lichénoïdes de Julinsberg) peut affecter des formes et une évolution différentes.

Habituellement son évolution est chronique, mais il est des formes aiguës sur lesquelles Mucha a attiré le premier l'attention, et qui se caractérisent par des éléments pustuleux, parfois hémorragiques, ulcéreux et nécrotiques, atteignant quelquefois les muqueuses, et pouvant s'accompagner de fièvre et d'adénopathies généralisées.

S. rapporte un cas de parapsoriasis chronique et une forme aiguë varioliforme, chez une jeune fille de 20 ans. Une cinquantaine de cas aigus ont été publiés jusqu'ici dans la littérature.

On a voulu rattacher cette affection à la tuberculose ou à des troubles endocriniens, mais sans preuves suffisantes. On l'observe souvent chez des sujets jeunes, les hommes surtout, en automne et en hiver.

L'examen histologique ne montre aucune lésion pathognomonique: parakératose, acanthose, œdème des couches papillaires et sous-papillaires et infiltration cellulaire assez marquée.

S. pense que le parapsoriasis est une maladie infectieuse d'origine inconnue. Il utilisa comme antigène un extrait alcoolique des squames de ses malades et obtint avec le sérum de ses 2 malades une réaction de fixation positive.

S. inocula ensuite chez le cobaye des squames sur la peau préalablement rasée et scarifiée; 15 jours plus tard il vit apparaître une éruption d'éléments rosés ou jaunâtres, faiblement squameux et d'éléments pustuleux.

Enfin il prépara un vaccin avec les squames de parapsoriasis et obtint une amélioration rapide des lésions.

R. Burnier.

Wise et Satenstein. ***Pityriasis lichénoïdes et varioliformis acuta*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 3, Octobre 1933). — W. et S. rapportent 2 cas de cette forme aiguë de parapsoriasis décrite par Mucha.

L'un concerne un homme de 58 ans, bien portant, qui vit apparaître l'éruption 9 mois auparavant; il s'agissait de lésions vésiculeuses, hémorragiques et nécrotiques localisées surtout aux paumes des mains et aux plantes des pieds; deux vésicules existaient au palais.

L'autre cas a trait à une jeune fille de 20 ans, bien portante; les éléments varicelliformes et varioliformes étaient apparus il y a 2 semaines; ils alternaient avec les éléments classiques du parapsoriasis chronique.

Dans les 2 cas, l'examen histologique montra les lésions habituelles du parapsoriasis.

R. Burnier.

Pawlow. ***Maladie de Sutton et vitiligo*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 3. Octobre 1933). — Sutton décrivit en 1916 sous le nom de *leucoderme acquis centrifuge* une affection rare dont 34 cas ont été publiés jusqu'ici dans la littérature et qui se distingue du vitiligo par les caractères suivants : développement de taches blanches autour d'un nævus pigmentaire et absence de zone hyperpigmentée périphérique.

P. rapporte 2 cas de cette affection. L'un est particulièrement intéressant en raison des relations de la lésion avec le système nerveux.

Un homme de 22 ans se fait une petite blessure de la région sourcilière droite, qui guérit en 2 semaines. Au moment de la guérison, le malade ressentit des douleurs névralgiques allant de la cicatrice au sourcil, 3 semaines après la blessure, le malade remarqua qu'un petit nævus pigmentaire qui existait, gros comme un grain de mil au-dessus du sourcil depuis sa naissance, augmentait de volume et s'entourait d'une tache blanche.

P. constata en effet une tache blanche dépigmentée, grande comme une pièce de 20 pfennig, sans zone hyperpigmentée périphérique, et au centre une papule pigmentée de la grosseur d'un pois. 3 cm. au-dessus de la tache existait une fine cicatrice de la blessure ; la peau de la région était le siège d'une hyperesthésie à la douleur et au tact. La d'arsonvalisation et la lampe de quarz amenèrent la diminution des douleurs et de l'hyperesthésie, mais ne modifièrent pas la tache blanche.

Dans ce cas, il y a eu certainement une névrite traumatique du nerf ophtalmique (branche sus-orbitaire), qui est sans doute à l'origine du développement de la maladie de Sutton.

R. Burnier.

Raszkes. ***Le lichen nitidus*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV,, fasc. 5-6, Décembre 1933). — On sait que Pinkus a décrit sous ce nom une entité pathologique caractérisée par des petites papules brillantes, localisées surtout sur la verge, non confluentes et non prurigineuses. L'histologie montre la présence d'un infiltrat composé de petites cellules arrondies, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes.

La pathogénie de cette affection est encore discutée. Tandis que la plupart des auteurs considèrent le lichen nitidus comme une tuberculide, d'autres, se basant sur la coexistence de lésions du lichen nitidus avec des éléments typiques de lichen plan chez le même malade, regardent le lichen nitidus comme une variété de lichen plan.

R. rapporte 2 cas de lichen nitidus. Dans le premier, les lésions des avant-bras et des paumes des mains ont les caractères cliniques et histologiques du lichen nitidus ; mais il existe en même temps aux jambes des lésions de lichen plan. Chez le deuxième malade, on note aux plantes des pieds des lésions analogues à celles des mains du premier malade, or la structure est celle d'un lichen plan.

R. pense que les deux lésions, lichen plan et lichen nitidus, sont très voisines ; peut-être le terrain tuberculeux joue-t-il un rôle dans la structure de l'infiltration spécifique du lichen plan, le transformant en lichen nitidus.

R. Burnier.

Merenlender. ***L'étiologie de la pelade*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 5-6, Décembre 1933). — L'étiologie de la pelade, qui a suscité tant de travaux, est loin d'être résolue.

Pour les partisans de la *théorie throphoneurotique*, la pelade est causée par des troubles de l'innervation du cuir chevelu, soit d'origine externe (traumatisme), soit d'origine interne ; on note souvent dans les antécédents des malades des troubles de la sensibilité, des névralgies, des chocs nerveux.

L'examen du *système végétatif* n'a pas donné des résultats uniformes : certains auteurs ont noté une sympathicotonie, d'autres une vagotonie.

La *théorie parasito-infectieuse*, combattue par Sabouraud, a beaucoup de partisans, bien qu'on n'ait pu inoculer le germe présumé. On a rapporté des petites épidémies de pelade, des cas de pelade conjugale.

Les *troubles endocriniens* sont fréquents dans la pelade (ovaire, testicule, thyroïde). L'examen du métabolisme basal donne des résultats variables.

On a également invoqué *l'hérédité*, la *syphilis congénitale*, les *causes mécaniques* extérieures.

Dans un cas de pelade observé par M., celui-ci put retrouver presque tous les facteurs précédents : choc psychique et céphalées, dentition défectueuse qui plaide en faveur de la dystrophie de Jacquet. 5 compagnons de travail dans la même usine ont été également reconnus atteints de pelade, ce qui prouverait le caractère épidémique de la pelade. L'influence endocrinienne est démontrée par l'affaiblissement de la puissance sexuelle du malade, les troubles pigmentaires sous forme d'une repousse prolongée de cheveux blancs et l'apparition ultérieure d'un albinisme acquis, ainsi que par l'abaissement du métabolisme basal.

Il y a dans ce cas enchevêtrement des divers facteurs invoqués dans l'étiologie de la pelade. M. estime que chez l'individu affaibli par des infections, le traumatisme, les chocs psychiques, les troubles endocriniens peuvent favoriser l'apparition de la pelade.

R. Burnier.

Foldvari. ***Télangiectasie hémorragique héréditaire*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 5-6, Décembre 1933). — Osler a décrit sous ce nom en 1907 un syndrome caractérisé par l'hérédité, l'apparition d'hémorragies, en particulier nasales pendant et après la puberté, et surtout la présence de télangiectasies et d'angiomes sur le visage, la muqueuse buccale, la langue, le septum.

F. a pu recueillir 36 cas de ce syndrome dans la littérature, intéressant 207 membres des diverses familles.

Il en rapporte un cas personnel, où le malade, le père du malade, un oncle (mais non la mère ni les enfants), un frère, la sœur et 2 enfants de celle-ci présentaient les symptômes de cette maladie.

Il serait intéressant d'examiner dans les cas de maladie d'Osler les groupes sanguins. Dans le cas de F. 2 malades (frère et sœur), appartenaient au groupe A.

R. Burnier.

Strauss. ***Lichen plan vésiculeux et bulleux*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 5-6, Décembre 1933). — Le lichen plan bulleux n'est pas commun. S. en rapporte 3 cas personnels et il a pu recueillir 78 cas dans la littérature.

On l'observe surtout entre 20 et 49 ans, plus souvent chez la femme (66 pour 100). La grosseur des lésions est variable, depuis une tête d'épingle à un œuf ; il existe ordinairement 1 ou 2 vésicules, parfois plus de 100.

Les lésions peuvent siéger en un point quelconque du corps : face, nez, bouche, langue, cou, thorax, bras, poignets, paumes des mains, région lombaire, fesses, grandes lèvres, muqueuse vaginale, cuisses, jambes, pieds.

L'éosinophilie a été notée dans 10 cas. Le signe de Nikolsky existait dans 2 cas, on l'a trouvé absent dans 4 cas.

La vésicule du lichen bulleux est ordinairement sous-épidermique, rarement intra-épidermique. Dans les 3 cas de S., l'un était intra-épidermique, l'autre sous-épidermique ; le troisième cas ne fut pas examiné histologiquement.

L'apparition de bulles ou de vésicules dépend sans doute d'un excès d'œdème qui élargit les lacunes microscopiques et les espaces qu'on note habituellement dans le lichen plan classique.

R. Burnier.

Rotnes. ***L'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 5-6, Décembre 1933). — R. rapporte l'histoire intéressante d'une famille de 4 sœurs habitant ensemble, 2 enfants de 10 et 14 ans et 2 adultes de 27 et 25 ans. En l'espace de 5 semaines, toutes 4 firent un érythème noueux sans prodromes, ou précédé de troubles légers. La peau des 4 malades était fortement sensible à la tuberculine. Chez les 2 enfants, la radiographie des poumons montrait l'existence de lésions récentes ; l'examen fut négatif chez les 2 adultes. Une des adultes et une des enfants, examinées avant l'érythème, avaient un Pirquet négatif et un examen pulmonaire radiographique négatif. Les signes rhumatoïdes et ganglionnaires faisaient défaut.

La source de contamination était le mari de la sœur aînée, qui avait vécu quelque temps à la maison et était mort quelques mois plus tard. Pendant son séjour, ce tuberculeux ouvert et dangereux avait contaminé 7 personnes ; 4 eurent un érythème noueux et 5 présentèrent des lésions pulmonaires visibles à la radiographie. On peut estimer la durée d'incubation ... 4 à 9 semaines. L'érythème concorde donc avec le début du stade allergique.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

G. Roussy et **M. Mosinger.** ***Le rôle du système neuro-végétatif et des glandes endocrines dans le fonctionnement mammaire normal et pathologique. A propos de l'hyperplasie mammaire et de la galactorrhée dans la syringomyélie et les affections médullaires*** (*Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 2, Février 1934). — Chez une malade de 48 ans, atteinte de syringomyélie, il existait des lésions chroniques caractérisées par une hyperplasie mammaire avec hypersécrétion lactée, une néphrite avec adénome, un fibrome utérin avec ovaire sénile, mais avec hyperplasie du *rete ovarii* et dégénérescence granulo-pigmentaire du foie, associée à une cirrhose au début; une intervention chirurgicale sous anesthésie générale déclencha des lésions aiguës caractérisées par de la congestion pulmonaire avec dilatation bronchique et par des phénomènes d'iléus.

A ce propos, R. et M. étudient successivement: 1° le rôle du système neuro-végétatif dans le fonctionnement mammaire; 2° le rôle des glandes endocrines dans le fonctionnement normal et pathologique de la glande mammaire. Ils essaient de dégager une classification des lésions hyperplasiques de la glande mammaire.

Ces considérations soulèvent le problème du traitement hormonal et neuro-chirurgical de l'hyperplasie mammaire.

L'opothérapie ovarienne donne des résultats assez paradoxaux, car la folliculine stimule normalement la croissance mammaire. Par contre, l'opothérapie mammaire dans l'hyperplasie œstrale semble plus logique. Il est probable en effet que l'absence des règles pendant la période de lactation est due à un effet hormonal mammaire, et la réapparition des règles après ablation de seins hypertrophiés plaide dans ce sens. On peut donc penser que l'opothérapie mammaire provoque une diminution de l'hyperfolliculinémie prémenstruelle.

Enfin, il est aussi logique d'admettre qu'un traitement neuro-chirurgical pourrait donner des résultats intéressants. *A priori*, l'énervation mammaire complète paraît difficile, les nerfs mammaires provenant à la fois du plexus sympathique accompagnant la mammaire interne, des nerfs intercostaux, des nerfs sus-claviculaires et de certains rameaux du plexus brachial. Cependant, étant donnée l'importance prépondérante du 4e nerf intercostal, il semble que la résection de ce nerf ou de son perforant puisse donner des résultats; dans tous les cas, l'opération vaudrait d'être tentée.

L. Rivet.

Charles Trocmé. ***Pneumothorax et changements d'altitude. Etude physiopathologique*** (*Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 2, Février 1934). Cet intéressant travail est le résultat de recherches poursuivies dans le service de Rist et au centre médical de l'Aéroport du Bourget.

La poche gazeuse d'un pneumothorax artificiel tend à se dilater aux altitudes, suivant une formule tenant compte du volume initial du pneumothorax et des conditions barométriques au lieu de départ et au lieu d'arrivée. Chaque pneumothorax supporte différemment cette dilatation et sa tension s'élève suivant un facteur propre à chacun et représentant ses conditions habituelles de capacité et d'élasticité. L'épreuve de l'ascension donne un moyen d'évaluer le volume d'un pneumothorax, par une formule spéciale.

Ces faits sont conformes à ce qui se passe pour toute cavité fermée souple, jouant, aux variations de pressions extérieures, le rôle d'un baromètre anéroïde. Il en est ainsi, au cours d'une ascension, des cavités de l'oreille moyenne, et chacun sait qu'il faut, pour combattre un bombement pénible des tympans, faire bâiller périodiquement les trompes d'Eustache par des mouvements de déglutition. Il en est ainsi tout aussi bien des gaz contenus dans l'estomac ou dans l'intestin. Et de même encore, dans les mêmes conditions, la dilatation des bulles gazeuses se fait sentir jusque dans le porte-plume à réservoir, qui « crache » abondamment.

L. Rivet.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Julien Tellier et **Paul Beyssac.** ***Dysthyroïdisme et carie dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, XXXVI année, n° 2, Février 1934). — T. et B. rapportent 2 observations de jeunes filles atteintes de dysthyroïdisme et ayant fait des caries multiples. Ils étudient les rapports de cause à effet, à la lumière des travaux de Sendrail et Porée, Helmotz, Dinamore concernant *les syndromes hyperthyroïdiens, au moment de la puberté*. Ils insistent sur les relations de la thyroïde avec les organes génitaux. A la puberté, cette hyperthyroïdie n'est pas toujours facile à mettre en évidence, et il faut souvent avoir recours aux modifications du métabolisme basal, rechercher l'hyperesthésie de la région thyroïdienne (S. de Lian), le réflexe oculo-cardiaque et l'épreuve à l'adrénaline. Toutes ces investigations seront entreprises, lorsque l'on voit apparaître des polycaries chez des jeunes filles sans autre raison valable. Il semble, en effet, avéré que l'hyperthyroïdie constitue l'une des conditions favorables au développement des caries, comme T. et B. ont pu complémentairement le constater en examinant 16 femmes atteintes de goitre exophtalmique.

C. Ruppe.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

P. Cossio et **I. Berconsky** (Buenos-Aires). ***Insuffisance cardiaque inapparente*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. IV, n° 12, Décembre 1933). — Chez 27 sujets porteurs de diverses altérations cardio-vasculaires, mais ne présentant pas les symptômes classiques de l'insuffisance cardiaque, C. et B. ont réalisé, en les maintenant en des conditions strictement basales, les déterminations suivantes : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle, pression veineuse, vitesse de la circulation sanguine, différentiel artério-veineux en O^2, capacité vitale, volume-minute respiratoire, volume-minute circulatoire, volume systolique, teneur en acide lactique du sang veineux, mensuration du cœur et électrocardiogramme.

Ces déterminations ont montré que les 4/5 de ces malades avaient un rendement abaissé du travail du cœur, qu'ils étaient donc en état d'*insuffisance cardiaque inapparente*.

L'absence de dyspnée chez ces malades est due à l'intervention de facteurs suppléants (plus grande concentration des éléments du sang et plus forte suppléance des principes vitaux au niveau du réseau capillaire), qui contrebalancent le volume plus réduit du sang irriguant les tissus. L'absence de congestions viscérales est due au peu d'intensité de la stase sanguine. Dans l'insuffisance cardiaque évidente, l'irrigation déficitaire des tissus ne peut plus être compensée par l'intervention des facteurs de suppléance.

Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque inapparente s'établit en prenant comme base le fait que tout sujet ayant une altération structurale cardio-vasculaire peut avoir une diminution du rendement du travail du cœur, bien qu'il ne présente aucun symptôme asystolique. Une augmentation du régime du travail du cœur, une réduction de la tension différentielle, et particulièrement un notable agrandissement cardiaque, indiquent la probabilité de l'existence d'un affaiblissement de rendement.

L'augmentation de la vitesse sanguine, l'élévation du différentiel artério-veineux en O^2, la réduction de la capacité vitale, etc., assurent l'existence de la diminution du rendement du cœur dans sa fonction hydraulique.

Le traitement de l'insuffisance cardiaque inapparente par la digitale éloigne la possibilité de l'évolution de ce trouble vers l'insuffisance cardiaque apparente.

L. Rivet.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Paris)

G. Mouriquand et **M. Bernheim** (Lyon). ***Recherches sur les diéto-toxiques*** (*Revue française de pédiatrie*, t. IX, n° 5, 1933). — L'étude des maladies par carence a montré que la variété alimentaire était la condition indispensable d'une bonne alimentation. L'absence dans la ration d'une substance minérale (vitamines, amino-acides, sels minéraux) est susceptible de provoquer une dystrophie plus ou moins grave.

Mais là ne se borne pas le danger du déséquilibre alimentaire. M. et B. ont montré qu'il était capable de révéler la toxicité de certaines substances, alimentaires ou autres, qui dans les conditions normales de la diététique n'offrent apparemment aucun caractère toxique.

Ces toxiques conditionnels, liés à une alimentation défectueuse, sont dénommés par M. et B. *diéto-toxiques* pour leur conférer une autonomie à laquelle ils ont droit.

L'huile de foie de morue peut être étudiée comme type de diéto-toxique. Son action toxique sur l'organisme, déjà signalée par Mouriquand et Michel en 1922, a fait, à l'étranger surtout, l'objet d'importants travaux. En Suède Jundell, Höjer Axel, Henriksen, Erik Agduhr, Bernhard Wahlin, etc., ont montré qu'à côté de ses facteurs utiles, l'huile de foie de morue renfermait certaines substances nocives.

Les expériences poursuivies par M. et B. sur 95 cobayes répartis en 4 groupes apportent des vues nouvelles sur la diéto-toxicité de l'huile de foie de morue.

L'huile de foie de morue, donnée à dose massive et surtout à la pipette, apparaît toxique pour le cobaye. Les observations de M. et B. et celles des auteurs suédois sont concordantes à cet égard.

Donnée à dose moins considérable, 2 cmc 5 et surtout 2 cmc, la toxicité de l'huile ne se révèle

accentuée qu'en présence d'un régime alimentaire déséquilibré (déficient en foin).

Si, aux mêmes doses, l'huile est mélangée aux aliments au lieu d'être donnée à la pipette, la présence du foin protège l'organisme de l'animal, dont la nutrition, ainsi qu'en témoigne la prise de poids, est améliorée.

L'examen du foie, d'autre part, pratiqué au cours des expériences précédentes, montre que cet organe reste normal lorsque le foin fait partie du régime alimentaire, tandis qu'il présente une infiltration graisseuse précoce et importante dans le cas contraire.

Tout se passe donc, estiment M. et B., comme si par l'intermédiaire du foie demeuré sain, l'équilibre alimentaire réalisait la protection de l'organisme contre une atteinte toxique, en l'occurrence celle de l'huile de foie de morue. Vient-on, au contraire, à rompre cet équilibre, la barrière hépatique est forcée, et les lésions de la glande apparaissent, premier stade de déchéance de l'organisme.

G. Schreiber.

O. Gengou et **Ch. Cohen** (Bruxelles). ***Essai de sérodiagnostic des paralysies postdiphtériques*** (*Revue française de pédiatrie*, t. LX, n° 5, 1933). — Un mois avant de se présenter à la consultation hospitalière un enfant de 8 ans a eu une angine fébrile non examinée par un médecin. Or huit jours après la guérison de cette angine, cet enfant a présenté une diminution de l'acuité visuelle avec strabisme de l'œil gauche, du nasonnement de la voix, de l'hésitation de la marche. Au moment de l'admission à l'hôpital on constate des symptômes nets d'une paralysie avec diminution des réflexes tendineux des membres supérieurs, abolition de ces mêmes réflexes aux membres inférieurs.

L'origine diphtérique de cette paralysie ne paraissait pas douteuse, bien que l'examen bactériologique des sécrétions pharyngiennes, pratiqué à trois reprises, fût régulièrement négatif. Néanmoins G. et C. ont pensé que la recherche de la teneur en antitoxines diphtériques du sérum du petit malade serait de nature à faciliter le diagnostic étiologique de son affection. Wassermann, Escherich et Klemensiewicz, Abel, Orlowski ont en effet mis en évidence depuis longtemps le pouvoir protecteur exercé par le sérum d''individus guéris spontanément de diphtérie, vis-à-vis de l'infection ou de l'intoxication diphtérique expérimentale du cobaye.

G. et C. ont donc recherché chez cet enfant la quantité de sérum contenant une unité antitoxique, c'est-à-dire capable de neutraliser un volume de toxine égale à 100 fois la dose minimale tuant en quatre jours un cobaye de 250 gr. Ils ont pu fixer ainsi à 2,1 unités antitoxiques la teneur en antitoxine du sérum du sujet. Or les recherches effectuées sur des individus normaux n'ayant pas subi d'atteinte diphtérique montrent que leur sérum contient rarement plus de 1 U. A. par centimètre cube et souvent beaucoup moins.

G. et C. concluent de cet essai qu'une teneur relativement élevée du sérum en antitoxine, chez un sujet atteint d'une paralysie, dont on ignore la cause et qui pourrait être de nature diphtérique, sans autoriser un diagnostic formel, est cependant susceptible d'être utilisée pour la détermination de l'origine de l'affection.

G. Schreiber.

T. Mogilnicki (Lodz). ***La rœntgenthérapie de la méningite tuberculeuse chez l'enfant*** (*Revue française de pédiatrie*, t. LX, n° 5, 1933). — Au début de 1932, le professeur Z. von Bokay, de Budapest, a publié dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde* un article sur la possibilité de guérir la méningite tuberculeuse par la radiothérapie profonde pratiquée à fortes doses sur le crâne. Dans 17 cas de méningite tuberculeuse ainsi traités, il aurait obtenu 5 guérisons, ce qui est une proportion considérable, d'autant plus qu'aucun autre traitement n'a fourni à ce jour d'aussi bons résultats. Le professeur von Bokay, après avoir publié en détail l'histoire de ses petits malades, terminait son article par un appel à tous les pédiatres en faveur de cette nouvelle thérapeutique.

Répondant à cet appel, M., à l'hôpital Anne-Marie de Lodz, a irradié 15 cas de méningite tuberculeuse, dont le diagnostic ne prêtait à aucun doute possible, étant donnés, outre les symptômes cliniques et humoraux, le dépistage de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. Ces 15 cas de méningite tuberculeuse indubitable se sont malheureusement tous terminés par la mort.

M. constate avec regret l'échec de la méthode de Bokay, mais il fait en outre observer qu'elle lui a paru plutôt aggraver l'état des petits malades, car à la suite des irradiations le nombre de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien augmentait notablement, tandis que la glucorachie diminuait. Les convulsions devenaient plus fréquentes et l'état général plus atteint que chez les sujets témoins.

D'ailleurs Wiener, qui a traité à Breslau 12 cas de méningite tuberculeuse par les rayons X, sans le moindre succès, a également abandonné cette méthode.

G. Schreiber.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

Rudolf Weigl. ***Faits d'observation et expériences démontrant l'efficacité du vaccin à rickettsia pour la prévention du typhus*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. XXII, n° 3, Novembre 1933). — Le virus du typhus exanthématique se multiplie chez le pou, agent transmetteur de la maladie, sous forme d'un microorganisme intracellulaire, la rickettsia. Huit jours après l'inoculation de poux par voie anale, les cellules et la cavité intestinale de ces parasites sont gorgées de rickettsia qu'il est aisé de doser et qui constituent un vaccin efficace.

Cette efficacité a été bien établie notamment par une statistique de Palester, en Pologne, qui montre sa valeur préventive après les trois injections vaccinales; par contre, la méthode est inefficace si elle est appliquée dans la période d'incubation, mais la maladie est alors plus bénigne. D'autre part, W. estime qu'il est avantageux de soumettre les personnes suspectes d'être en période d'incubation successivement à une inoculation de sérum de convalescents et à l'inoculation de vaccin. W. cite également une statistique de missionnaires belges en Chine. Il relate enfin des expériences faites sur l'homme dans son laboratoire, sur des personnes employées à nourrir les poux infectés. Chez un sujet vacciné au cours de la période d'incubation, la vaccination n'empêcha pas le développement du typhus, mais elle détermina une immunité relative et les anticorps produits empêchèrent le virus de se répandre dans la circulation, alors qu'il continuait à se développer dans les tissus. Des expériences sur des cobayes confirment cette façon de voir. Il convient d'ajouter que chez les personnes vaccinées trop tard, la vaccination, empêchant la circulation du virus dans le sang, s'oppose à l'infection de leurs poux par les rickettsia, d'où une action prophylactique importante.

L. Rivet.

Rudolf Weigl et **Mlle A. Hertzig.** ***Les corps de Mooser et les rickettsia des poux dans le typhus exanthématique mexicain*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. XXII, n° 3, Novembre 1933). — Les corps de Mooser sont des microorganismes décrits par W. dans les cellules endothéliales de la tunique vaginale des cobayes et des rats infectés du typhus murin du Mexique.

L'examen microscopique des poux inoculés avec des corps de Mooser, ainsi que l'étude des propriétés sérologiques de ces corps, confirment l'opinion qu'ils sont identiques aux rickettsia. Il serait donc logique d'abandonner l'expression de *corps de Mooser*, puisque ces corps ne sont autres que les rickettsia de la tunique vaginale des rats et cobayes inoculés par voie péritonéale avec le virus mexicain.

Des recherches minutieuses ont montré d'autre part que, par certaines de leurs réactions biologiques, les rickettsia du typhus mexicain sont différentes des rickettsia du typhus européen. Aussi est-il juste de nommer *Rickettsia mooseri* l'agent du typhus exanthématique du Mexique.

L. Rivet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Günther Malyoth. ***La pectine, facteur principal des effets du régime de pommes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 2, 13 Janvier 1934). — Les effets du régime de pommes dans la diarrhée ont été attribués à l'acide tannique, à l'acide pommique, à une action mécanique et notamment à la cellulose. Mais, pour M., il n'est pas vraisemblable que ces divers facteurs jouent un grand rôle. Plus spécialement, en ce qui concerne l'acidité des pommes, ils ne paraissent pas en cause. Si le lait acidifié donne de bons résultats, c'est simplement parce que sa caséine est plus finement divisée. D'ailleurs, les pommes en purée donnent les mêmes résultats, qu'elles aient été ou non alcalinisées.

En détruisant la cellulose des pommes au moyen de ferments (luizyme), il a été également constaté qu'on n'enlève pas leurs propriétés curatives aux pommes. Par contre, en donnant de la pectine extraite des pommes ou une pectine du commerce, on obtient des effets analogues à ceux que donnent les pommes elles-mêmes. Il est probable, dans ces conditions, que l'action reconnue par Moro aux soupes de carottes doit également être attribuée à la pectine.

D'autre part, M. a remarqué que les enfants traités avec de la purée de pommes ont des selles qui contiennent des quantités considérables d'histamine ou de substances histaminoïdes (jusqu'à 50 gr. par kilogramme). Ce fait tient à ce que l'histamine est produite en plus grande quantité du fait de la dyspepsie et à ce qu'elle est adsorbée précocement par la pectine. Ce phénomène interviendrait dans les effets thérapeutiques de la pectine en même temps que le pouvoir tampon de cette substance et qu'un ralentissement de la résorption des substances nocives dû à la présence, dans l'intestin, de la masse colloïdale constituée par la pectine.

Mais pour M. la pectine produite industriellement a perdu une partie de ses propriétés colloïdales et donne des résultats thérapeutiques beaucoup moins satisfaisants que les pommes elles-mêmes.

P.-E. Morhardt.

E. Meulengracht. ***Traitement de l'hématémèse et du mélæna sans réduction de l'alimentation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 2, 13 Janvier 1934). — Comme la plupart des cliniciens, M. traitait autrefois le mélæna et les hématémèses par une inanition complète ou partielle suivie du régime de l'ulcère très prudemment dosé et progressif. Mais ayant eu l'occasion d'observer des cas de mélæna guérissant malgré un régime ordinaire et considérant qu'après un choc provoqué par une hémorragie abondante, un régime reconstituant est indispensable, il a commencé, il y a deux ans, à donner abondamment à manger à ses malades à partir du premier jour. Le régime,

principalement sous forme de purée, comprend 5 repas: à 6 heures et à 18 heures, thé et pain beurré; à 9 heures, soupe d'avoine et pain beurré; à 13 heures, potages divers, viande, omelette, légume, poisson, pommes de terre, etc.; à 14 heures, cacao. Les malades peuvent manger *ad libitum*.

A cela, il est ajouté, comme médicament, des poudres alcalines ainsi que de l'extrait de jusquiame et du lactate de fer. Au cours de ces deux années, il a été observé 119 cas dont 5 sont morts; dans 2 de ces cas, il y avait cancer, dans un, maladie de Banti et dans deux autres, ulcus.

En comparant ces résultats avec ceux qui furent obtenus dans les trois années précédentes chez les 75 malades présentant de l'hématémèse ou du mélæna, il a été constaté qu'avec les nouvelles méthodes la mortalité était beaucoup moindre (4 contre 15 pour 100). De plus, les fèces ont plus vite donné une réaction négative à la benzidine. Enfin, les malades, qui avaient eu l'occasion d'être traités par les deux méthodes, donnent la préférence à la seconde. En somme, un régime bien équilibré paraît à M. beaucoup plus justifié dans les cas de ce genre dans lesquels une alimentation insuffisante ne doit certainement pas favoriser la cicatrisation.

P.-E. Morhardt.

L. Lendle. ***L'action antipyrétique des substances digitaliques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 3, 20 Janvier 1934). — Un certain nombre d'auteurs parmi lesquels H. H. Meyer, Ackermann, etc., ont admis que les glycosides de la digitale, et plus spécialement les glycosides de second ordre, ont une action sur certains centres nerveux et, en somme, un effet paralysant sur le centre de la régulation. C'est ce qui a amené L. à reprendre ses recherches chez des lapins dont la température avait été élevée artificiellement par injection de culture de coli tués par la chaleur. Aux animaux ainsi préparés, il a été injecté de la strophantine et on a constaté un abaissement net de la température seulement avec la dose léthale (0,15 à 0,20 milligr. par kilogr.). Un fait analogue a été observé chez des lapins normaux avec des doses voisines administrées soit par injection intraveineuse (0,125 milligr. par kilogr.), soit par injection sous-cutanée (0,11 à 0,20 milligr. par kilogr.).

Il en a été à peu près de même avec la digitoxine dont il faut administrer des doses léthales (0,45 milligr. par kilogr.) pour obtenir un abaissement à peine sensible de la température. Avec une infusion de feuilles de digitale à 1/2 ou à 2 pour 100, il n'a pas été possible de provoquer un effet antipyrétique. Ainsi, les éléments non spécifiquement cardiotoniques de la digitale n'agissent pas non plus comme antipyrétiques au moins à doses non toxiques.

Mais L. fait encore remarquer que, sous l'influence de la digitale, l'aire splanchnique se vide au profit des vaisseaux cutanés, ce qui pourrait modifier les pertes de calorique.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

Schönbeck. ***Le pneumothorax thérapeutique doit-il être pratiqué avec ou sans anesthésie?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 48, 1er Décembre 1933). — Après des années de pratique collapsothérapique S. envisage les inconvénients et les avantages de l'anesthésie locale précédant le pneumothorax. Si l'insensibilisation locale se montre indiscutablement utile lors de l'institution du pneumothorax, il n'en est pas de même pour les réinsufflations. Outre les inconvénients pratiques de l'injection locale de l'anesthésique, il faut tenir compte de ce fait que nombre de malades reconnaissent préférer la piqûre unique de l'aiguille à pneumothorax à l'injection préparante du liquide insensibilisant.

Chez la plupart de ses malades, et d'accord avec eux, S. a donc renoncé à l'anesthésie locale préparante au cours de l'intervention de la collapsothérapie.

G. Dreyfus-Sée.

R. Riemann. ***Traitement sérothérapique de la péritonite*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 48, 1er Décembre 1933). — Des résultats très favorables ont été enregistrés à la suite du traitement systématique des péritonites post-appendiculaires par le sérum. On a observé une baisse nette de la mortalité. Le choix du sérum reste discuté. Il serait souhaitable d'utiliser pour chaque cas le sérum spécifiquement adapté. En pratique il suffira de se servir d'un sérum polyvalent contre les germes les plus habituellement rencontrés.

R. a traité ainsi 368 sujets dans sa clinique en 3 années. Les péritonites post-appendiculaires comportant 244 de ces cas ont présenté une mortalité de 4,5 pour 100 au lieu de 21,6 pour 100, durant la période pré-sérothérapique, 20,9 pour 100 décès ont été observés lors des péritonites d'autre origine au lieu de 38 pour 100.

La méthode d'injection intra-péritonéale de sérum a semblé la plus simple et la plus efficace.

Dans certains cas l'utilisation prophylactique du sérum a paru éviter des complications post-opératoires, de telle sorte que ce traitement serait à préconiser dans les cas graves.

G. Dreyfus-Sée.

R. Kruger. ***Une méthode simple et sûre de surveillance des résultats thérapeutiques au cours de l'anémie pernicieuse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 50, 15 Décembre 1933). — L'érythrocytométrie à l'aide d'un appareil spécial basé sur le principe de diffraction micrométrique de Pijper permet d'apprécier avec précision le diamètre moyen des hématies, habituellement accru dans l'anémie pernicieuse.

Lors d'amélioration sanguine, on constate parallèlement la régression de ce diamètre moyen qui peut ainsi diminuer jusqu'à redevenir normal. Par contre l'invariabilité de la taille des érythrocytes correspond aux formes rebelles.

Cette méthode simple et peu coûteuse paraît particulièrement adaptée à la surveillance de l'évolution et des résultats thérapeutiques au cours de cette maladie longue afin d'éviter au malade les examens de sang plus complets, répétés, pénibles et coûteux.

G. Dreyfus-Sée.

F. Kuhlmann. ***Images linéaires circulaires d'origine pleurale observées à la radiographie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 51, 22 Décembre 1933). — Un certain nombre d'images radiologiques pseudo-cavitaires contribuent à rendre difficile l'affirmation cependant capitale de la perte de substance pulmonaire.

Parmi ces images trompeuses, K. insiste sur une image constituée par un cercle arrondi ou un ovale nettement dessiné d'origine pleurale. Ce cercle pleural peut être aisément vu sur une série de reproductions radiographiques montrant leurs sièges variables (base, interlobe) et leurs aspects divers (parfois image vue presque de champ: cercle horizontal). Le mode de constitution de ces images n'est pas établi avec certitude; K. essaye d'en donner une interprétation pathogénique dans laquelle il invoque les adhérences partielles, la mécanique diaphragmatique et les angles et replis physiologiques pleuraux.

G. Dreyfus-Sée.

O. Moser. ***Thromboses veineuses multiples, symptôme précoce de carcinome*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 51, 22 Décembre 1933). — Quelques publications récentes ont insisté sur la précocité des thromboses au cours de certains cancers et en particulier lors des cancers pancréatiques.

L'observation publiée par M. et concernant le cas d'un confrère qui s'était confié à lui démontre que l'apparition précoce de ces phénomènes métastatiques ne permet nullement de porter un diagnostic du siège pancréatique de la tumeur.

Le malade qui devait mourir de carcinome gastrique en Avril 1911 présenta à partir d'Octobre 1910 des manifestations thrombosiques multiples erratiques, se manifestant, régressant souvent assez vite mais se reproduisant dans divers vaisseaux (veines des bras, avant-bras, cuisses, jambes, etc.).

Ces accidents ne permettent donc pas de préjuger du siège du cancer, mais plusieurs observations démontrent que leur apparition doit faire rechercher une tumeur maligne interne.

G. Dreyfus-Sée.

E. Zimmermann. ***Gangrène des extrémités dans la malaria*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 52, 29 Décembre 1933). — L'apparition de cette complication est rare et Z. n'en a relevé qu'un seul cas publié. Celui qu'il a observé personnellement est survenu chez un sujet atteint de P. G. et ayant subi une impaludation thérapeutique. La gangrène atteignit le nez et les oreilles et parallèlement des troubles graves de l'état général furent observés, ainsi qu'une anémie secondaire notable.

Ces accidents, qui paraissent d'origine vasomotrice, ont guéri, laissant cependant une mutilation partielle que l'état d'euphorie psychique du malade lui a permis de supporter aisément.

G. Dreyfus-Sée.

F. Curtius, W. Dicker et **E. Wirth.** ***Amygdalectomie dans l'endocardite*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 3, 19 Janvier 1934). — Chez 41 sujets atteints d'endocardite maligne, 29 amygdalectomies ont été pratiquées durant une phase de rémission apyrétique, et 12 fois l'intervention fut faite pendant le stade aigu fébrile.

1° Techniquement, aucun obstacle n'est apparu dans ce deuxième groupe en dehors de saignement et d'élévation thermique post-opératoire plus fréquents que chez les sujets opérés durant les périodes apyrétiques.

2° Bactériologiquement, l'examen des amygdales enlevées a montré souvent des streptocoques hémolytiques dans les endocardites aiguës.

Dans une forme d'endocardite lente avec hémoculture positive, le streptocoque viridans ne put être décelé dans l'amygdale.

Dans 2 cas mortels d'endocardite lente, il fut impossible de mettre en évidence le germe nocif, ni dans le sang, ni dans les amygdales.

Enfin, le cardiotropisme des germes décelés dans les amygdales de 2 autres sujets ne put être établi.

3° Les 23 malades survivants, réexaminés ultérieurement, n'avaient plus présenté les angines à répétition dont ils avaient souffert avant la tonsillectomie. 3 d'entre eux conservaient des lésions nasales déterminant des troubles et justifiant une opération complémentaire.

4° Dans 8 cas, la tonsillectomie n'a eu aucune influence sur l'évolution lente et fatale de la maladie. 14 malades observèrent une amélioration très nette, non seulement du fait de la disparition des accidents répétés rhino-pharyngiens, mais encore par suite d'une influence favorable sur l'état du cœur et sur les phénomènes septicémiques ou rhumatismaux. Les malades opérés en période fébrile n'ont, par contre, pas bénéficié de l'intervention.

5° Si des lésions cardiaques constituées ont pu

s'améliorer après l'opération, celle-ci demeure cependant contre-indiquée dans les formes avec décompensation dont la progression fatale n'est nullement enrayée par la tonsillectomie.

6° La participation rénale n'empêche pas d'intervenir quoique l'état rénal n'ait pas paru notablement amélioré après l'ablation du foyer amygdalien.

7° Il faut noter enfin que l'amélioration des signes fonctionnels est habituellement fonction de l'action favorable exercée sur les accidents organiques. Seules 2 malades, notoirement psychopathes, ont présenté une dissociation de ces 2 ordres d'influence.

G. Dreyfus-Sée.

W. Wieck. ***Le phénomène d'extinction dans la scarlatine (application à la pratique de clientèle)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 3, 19 Janvier 1934]. L'intérêt de la réaction d'extinction de Schulz-Charlton pour le diagnostic de la scarlatine en ville comme à l'hôpital est considérable. Mais son extension pratique se heurte à des difficultés matérielles. Le sérum anti-streptococcique, sérum équin, offre des inconvénients sérieux (sensibilisation sérique de sujets n'ayant antérieurement jamais reçu d'injection de sérum, réactions locales de sujets déjà allergiques). Le sérum de convalescents est difficile à obtenir en quantité suffisante.

W. a vérifié le pouvoir d'extinction des sérums de sujets adultes de 40 à 90 ans, normaux. Il a utilisé dans ce but le sang provenant des émissions thérapeutiques faites à des sujets hypertendus, cardiaques.

Les résultats se sont montrés très satisfaisants, les 32 échantillons expérimentés possédant une activité supérieure à celle de sérum antistreptococcique ou de convalescents.

Avec les précautions d'usage (asepsie, vérification de Bordet-Wassermann, etc.), le sang prélevé ainsi dans les divers établissements hospitaliers ou privés pourrait donc être aisément utilisé, et une préparation commerciale pourrait ainsi être mise largement à la disposition des praticiens.

G. Dreyfus-Sée.

H. Schwennicke. ***Un cas spécial d'intoxication par le bothriocephalus latus*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 3, 19 Janvier 1934). — Cette observation d'infestation vermineuse présente la particularité clinique de s'être manifestée durant 4 années par des crises périodiques simulant des crises de coliques hépatiques. Le dernier accès douloureux fut compliqué par un iléus paralytique au cours duquel l'intervention chirurgicale fut discutée.

Le sang montrait une image très atypique, car il n'y avait pas d'anémie globulaire, ni hémoglobinique, pas d'éosinophilie et par contre de la leucocytose.

Il est probable que la présence seule du parasite n'aurait pu déterminer les troubles toxiques graves présentés par la malade (ictère, iléus paralytique, état général grave). C'est à l'altération et à la mort du ver, entraînant la résorption de ses toxines par l'organisme de la malade, que seraient dus ces accidents toxiques graves. Vivant, le parasite provoquait les crises douloureuses spasmodiques, et l'élimination accrue de ses toxines déterminait les troubles d'insuffisance hépatique traduits par l'ictère; mort, la libération brusque de ses toxines permit une extension des phénomènes de résorption toxique à tout le tractus intestinal et il en résulta une intoxication massive qui fut la cause de l'iléus paralytique.

G. Dreyfus-Sée.

FORTSCHRITT DER MEDIZIN (Berlin)

M. N. Fisher. ***Le mal de mer et son traitement*** (*Fortschritte der Medizin*, t. LII, n° 1, 8 Janvier 1934). — Le mal de mer a attiré l'attention depuis des siècles, mais c'est surtout maintenant une question d'actualité avec l'emploi fréquent et la rapidité des moyens de transport.

F. étudie d'abord les causes du mal de mer, qu'on a surtout attribué à des troubles labyrinthiques.

Une forte excitation de l'appareil vestibulaire apparaît comme une cause certaine. Elle serait en rapport avec l'accélération.

Sur les bateaux agissent le roulis, le tangage et la houle. Mais dans ces mouvements, l'accélération seule compte. Certains auteurs ont établi des rapports entre les mesures des angles d'accélération et l'apparition de nausées. Il faut en outre tenir compte du fait que là l'excitation se répète d'une manière permanente et augmente la sensibilité. Toutefois le voyageur ne prend pas absolument part aux mouvements du bateau, par suite des mouvements de compensation qu'il exécute.

Dans l'aviation, le mal de l'air existe et il faut le différencier de la maladie des aviateurs due à la diminution de la pression atmosphérique et de l'oxygène. Le « mal de l'air » est seulement provoqué par les différentes accélérations quand, par exemple, l'aéronef tombe dans un trou d'air. La force centrifuge entre aussi en ligne de compte.

Le train, l'auto ont aussi parfois des effets désagréables.

On sait qu'il est courant de dire qu'en mer, pour éviter les nausées, il faut fermer les yeux. Il s'agirait donc d'éviter certains « troubles optiques ». On a étudié ces dernières années ces phénomènes optokinétiques.

Différents auteurs ont établi qu'un nystagmus optokinétique se produisait quand on faisait passer un tissu rayé devant les yeux. On a même remarqué des troubles de l'équilibre que l'on peut ramener à un « réflexe optokinétique du corps ».

Dans le train, l'illusion des déplacements engendre parfois un certain malaise. Sur l'eau en regardant les vagues on ne fait que hâter l'apparition du mal de mer.

Il n'y a donc aucun doute sur le rôle de ce facteur optique.

Enfin, intervient une question individuelle en rapport avec l'état psychique de chacun.

Les premières manifestations du mal de mer sont caractérisées par une pâleur des téguments, des sueurs froides. Puis le passager a une sensation de malaise qui l'oblige à chercher un soutien. Il a des vertiges, une salivation abondante, des régurgitations puis des vomissements.

Ces nausées peuvent persister des heures, des jours entiers. L'alimentation est impossible, l'inappétence est de règle. Malgré cela, les vomissements persistent sans rapport avec l'état de réplétion de l'estomac. Il existe en même temps de la diarrhée, et un état d'épuisement complet. Certains sujets ont l'impression d'une mort imminente. Le pouls peut être ralenti ou très rapide. La tension artérielle est abaissée. La respiration est superficielle, accélérée. La température s'abaisse.

Cet état dure au maximum 3 ou 5 jours, mais peut se répéter. Les marins mêmes peuvent en souffrir dans les grandes tempêtes.

Un changement de bateau peut en provoquer la réapparition.

Le pronostic n'en est pas mauvais. A noter cependant la possibilité d'avortements, de syncopes.

Le mal de mer disparaît presque immédiatement à l'arrêt du bateau ou en mettant pied à terre. Mais le mauvais état général peut persister, conditionné par une alimentation insuffisante.

Des recherches expérimentales, il ressort que le mal de mer serait dû à une excitation permanente du vestibule.

La houle et le tangage sont les mouvements les plus à craindre, car c'est là surtout qu'existent les accélérations progressives et centrifuges.

D'autres auteurs ont insisté sur le rôle des otolithes, mais cette hypothèse est discutable.

Il semble exister pour les marins une certaine adaptation de l'appareil vestibulaire qui pourrait être en rapport avec une atténuation de la sensibilité nerveuse.

A côté de cette habitude doit intervenir le fait qu'ils savent parfaitement conserver leur équilibre.

Un des symptômes principaux du mal de mer est le vertige, mais reste à savoir son rapport avec les nausées. En fait, il précède toujours les vomissements. Mais le mal de mer peut survenir sans étourdissement.

On a signalé aussi des influences mécaniques sur le tractus digestif qui ne doivent pas être exclues.

Les nourrissons et les petits enfants sont habituellement immunisés tout au moins jusqu'à 2 ou 3 ans. Ce qui pourrait être en rapport avec le développement du système nerveux central.

La thérapeutique médicamenteuse a bien des insuccès. De nombreux médicaments ont été proposés. On a essayé les hypnotiques, les narcotiques, l'atropine et ses dérivés, des médicaments agissant sur le parasympathique.

Starkenstein a eu de bons résultats avec l'emploi d'une combinaison de camphre, scopolamine, hyoscyamine. F. l'a essayée expérimentalement sur 60 personnes avec des résultats remarquables.

Il reste toutefois bien difficile de supprimer le mal de mer, mais on peut l'atténuer.

Goyer.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE (Berlin)

Suermondt (Leyde). ***Hypertension paroxystique guérie par l'extirpation d'une tumeur de la capsule surrénale*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LXI, n° 2, 13 Janvier 1934). — Les travaux de MM. Labbé, Violle et Azerad nous ont appris que les crises d'hypertension paroxystique pouvaient être rapportées à une tumeur médullaire de la surrénale; et l'on est amené ainsi à opposer le syndrome génito-surrénal (hirsutisme, virilisme), observé surtout chez des filles et dépendant d'une tumeur corticale, au syndrome de crises d'hypertension avec troubles circulatoires séparées par des périodes normales, qui serait conditionné par une tumeur médullaire; dans l'un et l'autre cas, il peut y avoir glycosurie et, à la longue, hypertension permanente. Vaquez considère l'hypertension paroxystique comme assez caractéristique pour faire porter le diagnostic de tumeur médullaire de la surrénale.

L'observation de S. donne raison à ces auteurs. Un homme de 29 ans présente, depuis un an, des crises brutales de battements de cœur avec douleur précordiale, pâleur, refroidissement des pieds et des mains, sueurs profuses; ces crises durent un quart d'heure et se répètent plusieurs fois par jour. Dans l'intervalle santé parfaite.

Les crises s'accompagnent d'une hypertension « colossale »: alors que, dans l'intervalle, la pression est de 150-115 (prise avec l'appareil de Faught), elle monte pendant les crises à 325-200.

A l'examen, le rein droit est palpable et paraît abaissé, et l'examen radiographique après injection d'abrodil confirme ce fait, qui conduit Kuenen à admettre l'existence d'une tumeur de la surrénale droite, et à confier le malade au chirurgien.

Sous anesthésie au protoxyde d'azote, S. découvre la capsule surrénale droite, par lombotomie rétro-péritonéale, sans avoir à réséquer la 12e côte.

Il trouve et enlève une tumeur, grosse comme le poing, non adhérente, mais entourée d'un ré-

seau veineux dont l'hémostase nécessite de nombreuses ligatures.

A la fin de l'opération, la pression est si basse qu'on ne peut l'enregistrer; après une demi-heure, elle remonte à 85-75, puis redescend progressivement jusqu'à devenir de nouveau, au bout de 5 heures, inenregistrable. S. fait alors, toutes les 4 heures, une injection de 10 milligr. d'adrénaline, qui remonte peu à peu la tension à 125-95, chiffre auquel elle se maintiendra après que l'on aura cessé, le 2e jour, les injections d'adrénaline.

Depuis l'opération (Novembre 1932), le malade n'a plus eu de crise et peut être considéré comme guéri.

La tumeur enlevée mesurait 10 × 7 × 5 cm.; c'était une tumeur médullaire à cellules chromafines (paragangliome).

Le cas de S. est le cinquième où l'on ait pratiqué la surrénalectomie pour des crises de tachycardie paroxystique. Les 4 autres, également suivis de succès, appartiennent à Mayo, Volhard, Shipley et Porter; il faut noter que, dans ce dernier cas, il s'agissait d'un adéno-carcinome cortical ayant irrité la médullaire; dans tous les autres, la tumeur était un paragangliome médullaire.

S. oppose ces bons résultats à ceux, beaucoup plus décevants, des surrénalectomies faites dans des hypertensions devenues permanentes par Crile, Galata, Stephan et Floercken, et il conclut qu'il faut intervenir précocement dans les tumeurs surrénaliennes accompagnées de crises d'hypertension.

Ch. Lenormant.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE (Berlin)

H. Barth (Berlin). ***Traumatisme obstétrical et oreille*** (*Zeitschrift für Hals, Nasen-und Ohrenheilkunde*, t. XXXV, n° 1, 19 Novembre 1933). — En vue d'établir la fréquence et l'importance clinique des hémorragies obstétricales au niveau de l'oreille B. a pratiqué l'examen histo-pathologique de 20 rochers de nouveau-nés. Cet examen a montré combien ces hémorragies sont fréquentes. Elles siègent principalement dans le conduit auditif interne, un peu moins souvent dans la columelle; on les constate, au contraire, rarement dans les espaces périlymphatiques ou endolymphatiques. Parfois on observe des extravasations sanguines dans l'aqueduc du limaçon ou dans l'aqueduc du vestibule. Dans l'oreille moyenne, les hémorragies sont très fréquentes, occupant tantôt la lumière des cavités naturelles, tantôt l'interstice des tissus.

Les hémorragies obstétricales de l'oreille sont particulièrement fréquentes chez les prématurés. Il semblerait que l'asphyxie en soit la cause principale. Cette manière de voir est corroborée par des constatations faites sur des fœtus de 3 à 5 mois, ainsi que par des recherches expérimentales sur le cobaye. Les traumatismes d'ordre mécanique auraient également leur part dans la genèse des accidents dont il s'agit.

En se résorbant, les hémorragies obstétricales du rocher laissent subsister des dépôts de pigment sanguin ou hémosidérine qui peuvent persister pendant plusieurs mois et même une année entière. L'origine sanguine du pigment ne peut être prouvée que si une réaction microchimique montre que le pigment est ferrugineux; à cet égard on doit noter que l'auteur n'a trouvé de réaction positive qu'au niveau de l'oreille moyenne, jamais dans le labyrinthe.

Pour ce qui est du nystagmus qui s'observe si communément chez le nouveau-né, l'auteur en a constaté la présence dans 74 cas sur 100 où il l'a recherché. Pour lui, il s'agit là d'un nystagmus spontané, et le traumatisme obstétrical ne saurait être incriminé comme facteur étiologique.

En vue de déterminer d'autre part l'influence du traumatisme obstétrical sur l'évolution ultérieure de l'acuité auditive, l'auteur a soumis à un examen otologique 96 enfants âgés de 7 à 12 ans et dont la mise au monde avait nécessité une application de forceps. Chez 9 d'entre eux, cette intervention avait laissé des traces du traumatisme obstétrical sous forme de dépressions craniennes ou de cicatrices cutanées. Or, tous ces enfants s'étaient normalement développés au point de vue physique et intellectuel, leur acuité auditive était absolument normale, et il n'existait aucun trouble qui pût être mis sur le compte d'une lésion du labyrinthe postérieur.

Francis Munch.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig et Dresde)

H. Sternberg (Vienne). ***Données radiologiques sur l'ostéomyélite du rachis et la spondylite infectieuse*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, t. XLIX, fasc. 1, Janvier 1934). — S. rappelle combien, à côté de l'importance des lésions tuberculeuses du rachis, est négligée l'étude des lésions non tuberculeuses, du moins du point de vue radiologique.

L'*ostéomyélite aiguë du rachis* est souvent relativement peu grave et risque de rester méconnue si la radiographie n'intervient pas, car elle se traduit surtout par des signes généraux; dans les cas graves, mortels, où la chirurgie précoce serait indiquée, il n'existe aucun signe radiologique appréciable.

Ainsi, au début de l'affection, il n'existe aucune manifestation radiologique de certitude ou même de valeur; les signes radiologiques ne paraissent évidents qu'après quelques semaines ou même quelques mois, alors qu'il ne s'agit plus à proprement parler d'ostéomyélite aiguë; ils seront étudiés plus loin.

L'*ostéomyélite chronique* se manifeste sensiblement comme une spondylite tuberculeuse; on devra y penser quand on constatera une sclérose accentuée de l'os avec présence de travées et de ponts osseux, mais ce sont là déjà des manifestations tardives, et parfois même on ne constatera aucun symptôme radiologique net et seul l'examen bactériologique pourra permettre d'établir le diagnostic.

A côté des cas d'ostéomyélite aiguë évoluant vers la chronicité, il existe des *formes subaiguës* dont les aspects radiologiques sont essentiellement variables: affaissement des corps vertébraux et néoformations osseuses sous forme de travées latérales intervertébrales, destruction des bords des vertèbres, calcifications...

La *spondylite infectieuse aiguë* se manifeste cliniquement par des symptômes semblables à ceux de l'ostéomyélite subaiguë.

Aussi l'examen radiologique qui rapidement fournit des renseignements de grande valeur est-il particulièrement intéressant. C'est ainsi que peu après le début de l'affection on peut remarquer au niveau de la corticale de la vertèbre, ou de la partie spongieuse adjacente, des foyers de destruction qui ne tardent pas à gagner la région du disque intervertébral dont la destruction provoque la diminution de l'espace intervertébral.

La guérison se manifeste par d'actives néoformations osseuses qui, le plus souvent, enjambent l'espace intervertébral et forment des ponts osseux unissant les corps vertébraux.

Il est possible ici, comme dans le cas de l'ostéomyélite subaiguë, de suivre, aux rayons X, toute l'évolution de l'affection.

Sous le terme de *spondylite infectieuse chronique*, S. décrit une localisation rachidienne d'origine infectieuse, dont le diagnostic n'est porté qu'à la lumière de l'évolution clinique, caractérisée par une diminution isolée d'un espace intervertébral s'accompagnant d'épaississement des bords adjacents des corps vertébraux sus et sous-jacents. Il n'existe ni travées, ni ponts osseux; ce sont là d'ailleurs des signes qui traduisent la fin de l'évolution du processus.

Comment interpréter ces manifestations du point de vue anatomo-pathologique? Fraenkel et d'autres auteurs ont pu, par des recherches bactériologiques et histologiques, confirmer l'existence de foyers miliaires d'ostéomyélite qui, en dehors de l'épaississement de l'os, échappent à l'examen macroscopique. Différents auteurs ont également cité de petits foyers infectieux, par exemple au cours de la spondylite typhique, qui peuvent guérir et ne se manifester alors que par une opacification de la structure spongieuse.

Parfois cependant, ces lésions peuvent se généraliser et envahir tout le corps vertébral; il s'agit alors de cas souvent mortels, mais pouvant cependant évoluer vers la chronicité et se traduisant alors par une calcification complète du corps vertébral.

Les séquestres, au cours de l'ostéomyélite vertébrale, sont très rares (prédominance de la substance spongieuse et riche vascularisation); ce sont également des conditions anatomiques qui interviennent dans l'absence de réaction calcifiée périostale. La question de l'atteinte des disques intervétébraux est encore discutée; celle-ci est, en tout cas, rare et cependant aussi bien dans l'ostéomyélite que dans la spondylite infectieuse, on constate presque toujours une diminution de l'espace intervertébral et souvent des néoformations osseuses arrivant à unir les corps vertébraux.

Il est cependant des cas où les disques intervertébraux atteints par le processus infectieux ne guérissent pas aussi complètement et sont diminués de volume avec opacification des parties vertébrales voisines.

La guérison survient en général sans ou avec une très faible gibbosité, et c'est là une donnée importante au point de vue diagnostic.

Si, dans l'ostéomyélite, des abcès peuvent survenir ainsi que le prouvent la clinique et l'anatomo-pathologie, il n'en est que peu d'exemples radiologiques.

Diagnostic différentiel. — S. envisage surtout le diagnostic différentiel précoce entre ostéomyélite, spondylite infectieuse et spondylite tuberculeuse, en raison de son importance pour le pronostic et le traitement. S'il est des cas où le diagnostic ne pourra être porté que *post mortem*, il convient cependant de tenir compte de la clinique et de l'examen radiologique. En ce qui concerne ce dernier, S. insiste sur l'existence, au stade initial, de petits foyers au niveau des bords des corps vertébraux, dans l'ostéomyélite et la spondylite infectieuse qui, s'ils peuvent exister dans la spondylite tuberculeuse, sont rarement une manifestation isolée, accompagnés qu'ils sont en général d'atrophie marquée et de diminution des espaces intervertébraux.

L'atteinte totale du corps vertébral dans l'ostéomyélite s'accompagne d'une importante calcification qui n'existe pas dans la tuberculose et l'existence de séquestres est infiniment plus fréquente dans la tuberculose que dans l'ostéomyélite; par contre, les néoformations osseuses des ligaments antérieurs sont plus fréquentes dans l'ostéomyélite et la spondylite infectieuse.

Le diagnostic est particulièrement délicat quand il existe des abcès ou une atteinte du disque intervertébral et devra surtout tenir compte de lésions plus ou moins marquées d'atrophie des corps vertébraux.

Après guérison des foyers vertébraux, la réparation est beaucoup plus complète dans l'ostéomyé-

DIGILANIDE "SANDOZ"

Totum digitalique cristallisé du Digitalis lanata

Complexe cristallisé, isomorphe des trois glucosides initiaux du Digitalis lanata.

Indications : TOUTES LES INSUFFISANCES CARDIAQUES

SOLUTION (voie gastrique) : Doses fortes, doses moyennes, doses faibles et prolongées (voir prospectus).
Doses moyennes : 1/2 c. c. 3 fois par jour, pendant 2 à 3 jours. A renouveler tous les 8, 15 à 21 jours.
AMPOULES de 4 c. c. (voie veineuse) : Une injection de 3 à 4 c. c. par jour pendant 2 à 3 jours.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier, PARIS (XVII[e]) — B. JOYEUX, Pharmacien de 1[re] classe



25 ANNÉES D'EXPÉRIENCE

CONFORT EFFICACITÉ RÉPUTATION



SOULÈVE
SOUTIENT
SOULAGE

Les CEINTURES "SULVA"
AVEC OU SANS PELOTES
RÉTABLISSENT L'ÉQUILIBRE
DES FONCTIONS DIGESTIVES



BERNARDON
18, Rue de la Pépinière, PARIS 8[e]
Tél. Laborde 16-86 - 17-35



Traitement de la CONSTIPATION, des ENTÉRITES, COLITES, etc.

LIQUIDE
Une cuillerée à soupe matin et soir.

LISTOSE

GELÉE SUCRÉE
agréable au goût
2 cuillerées à café matin et soir.

Par action mécanique **VICARIO** **Sans aucun purgatif**

LAXATIF NON ASSIMILABLE, INOFFENSIF, NON FERMENTESCIBLE
à base d'huile minérale chimiquement pure, spécialement préparée pour l'absorption par voie buccale

ÉCHANTILLONS GRATUITS

LABORATOIRE VICARIO, *17, boulevard Haussmann, PARIS (IX[e]).*
Registre du Commerce : Seine, 78.190.

lite et la spondylite infectieuse que dans la tuberculose. De même, l'atteinte des disques intervertébraux se traduit, dans la tuberculose, par des reliquats beaucoup plus marqués et la calcification marquée « en vertèbre d'ivoire » est plus le fait de l'ostéomyélite que de la tuberculose; les ponts osseux qui traduisent le stade guérison de l'ostéomyélite et de la spondylite infectieuse sont différents de la calcification de la tuberculose.

Egalement difficile est le diagnostic différentiel de l'ostéomyélite et de la spondylite infectieuse chronique après guérison avec la spondylite déformante.

De nombreuses observations sont rapportées par S. à l'appui de cette étude.

Morel-Kahn.

A. Zuppinger, et L. Ruedi. ***A propos de la visualisation du sinus maxillaire, de l'épipharynx et de la trachée à l'aide de moyens de contraste*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIX, n° 2, Février 1934). — Z. et R. s'étonnent que l'utilisation des moyens de contraste soit encore aussi peu répandue en rhino-laryngologie où pourtant leur emploi paraît, en raison des conditions anatomiques, particulièrement indiqué; certes les procédés cliniques habituels permettent déjà, dans la majorité des cas, de préciser le diagnostic; il n'en reste pas moins que l'étude plus approfondie des différentes cavités présente un intérêt évident et que l'emploi des moyens de contraste est alors particulièrement indiqué.

L'objet du travail de Z. et R. est d'appeler l'attention sur des procédés d'examen qui, très intéressants en vue du diagnostic, ne leur paraissent avoir été jusqu'ici que peu ou pas utilisés (Notons d'ailleurs qu'il existe, depuis de nombreuses années, plusieurs travaux publiés en France sur cette question qui semblent avoir échappé aux auteurs).

Pour visualiser le *sinus maxillaire*, les auteurs recommandent la ponction du sinus par voie nasale suivie d'injection de lipiodol qui donne des renseignements intéressants sur l'état de la muqueuse dans les processus infectieux, sur l'extension d'un néoplasme... Il s'agit là d'un examen dont les indications sont: les affections douteuses du maxillaire supérieur, les néoformations du palais osseux, les manifestations d'origine alvéolaire ou nasale, comme aussi les cas douteux où il ne semble pas que le sinus maxillaire soit en question.

Il est aisé d'utiliser les procédés opacifiants pour l'étude de l'*épipharynx* et, dans les cas de rétrécissements, ceux-ci sont susceptibles de donner des renseignements de valeur sur la nature bénigne ou maligne de la tumeur. On y aura surtout recours dans les cas où l'examen clinique donne des renseignements insuffisants sur l'extension de la tumeur et ces procédés s'appliquent en particulier aux cas où il s'agit de préciser l'existence d'un rétrécissement de l'épipharynx et de diriger le traitement avec précision.

Quant à l'étude de la *trachée*, il est possible d'en examiner la morphologie et l'état de la muqueuse; l'examen au lipiodol est notamment indiqué quand les renseignements fournis par la radiographie simple et la bronchoscopie sont insuffisants.

Morel-Kahn.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG (Dresde)

H. Eschbach. ***Le diagnostic clinique de l'occlusion aiguë des coronaires et de l'infarctus du myocarde*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXV, n° 24, 15 Décembre 1933). — E. qui a observé 50 cas d'occlusion aiguë des coronaires, parmi lesquels 41 cas d'infarctus du myocarde vérifiés nécropsiquement, déduit de ses constatations et des faits publiés depuis 1920 que, contrairement aux opinions récemment exprimées sur le rôle prépondérant que devraient jouer dans le diagnostic les renseignements fournis par les recherches électrocardiographiques et radiologiques, les moyens d'exploration purement cliniques gardent la supériorité. Ni l'électrocardiogramme ni l'examen radiologique, en cas d'infarctus récent du myocarde, n'apportent d'ordinaire de précisions d'une sûreté suffisante; de plus, il est, en général, pratiquement impossible de les mettre en œuvre tant à l'hôpital qu'en clientèle.

La connaissance des signes physiques et fonctionnels fondamentaux de l'occlusion des coronaires et de l'infarctus myocardique, et avant tout, une reconstitution très soigneuse des antécédents, complétée par une enquête auprès de la famille, fournissent un précieux appoint aux constatations cliniques immédiates.

E. donne un tableau des arguments d'ordre général et des signes, cliniques particuliers rangés d'après leur fréquence, qui militent en faveur du diagnostic. Parmi les premiers, il place en tête la soudaineté d'apparition, puis l'existence fréquente de la sclérose coronaire (94 pour 100 des cas), l'importance des notions d'âge (dans 86 pour 100 des cas il s'agit de sujets de 60 à 80 ans) et de sexe (80 pour 100 des malades sont des hommes). Il faut tenir compte aussi de l'influence du métier, de l'existence d'embolies dans d'autres territoires vasculaires (48 pour 100 des cas). Parmi les indices plus irrégulièrement trouvés, il faut citer le tabagisme (28 pour 100), le diabète (19 pour 100), l'atteinte syphilitique des vaisseaux coronaires (14 pour 100).

Parmi les signes cliniques constatés régulièrement, on rencontre les troubles généraux, la fièvre, la leucocytose, la dyspnée de tous degrés; puis viennent la douleur précordiale au sens le plus large (83 pour 100), l'absence de signes d'insuffisance circulatoire chronique, l'absence de modifications des troubles subjectifs par la médication, l'hypertension (74 pour 100 des cas), plus rarement la douleur précordiale pungitive (44 pour 100), la dyspnée intense (30 pour 100), les signes cliniques du côté du péricarde (11 pour 100).

De ce tableau, il découle que le diagnostic d'occlusion des coronaires et d'infarctus du myocarde doit être posé en règle générale au moyen de procédés purement cliniques.

A propos de 2 cas, E. discute le diagnostic différentiel entre l'infarctus du myocarde et les affections chirurgicales aiguës de l'abdomen, en particulier l'ulcus perforé.

P.-L. Marie.

K. Ziegler. ***L'arythmie respiratoire chez les sujets âgés*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXVI, n° 1, 1er Janvier 1934). — Fréquente chez les enfants, l'arythmie respiratoire est rare passé 40 ans. Quelle est sa valeur, en particulier traduit-elle une altération du cœur ?

Z. analyse le mécanisme de l'arythmie respiratoire. Elle résulte, en somme, d'une modification du tonus du vague qui peut relever des quatre facteurs suivants: 1° excitation mécanique lors de la dilatation modérée des alvéoles pulmonaires; 2° facteurs centraux, par exemple dans les méningites de la base, l'hypertension intracranienne; 3° excitations périphériques, comme dans l'insuffisance coronarienne; 4° diminution de la réplétion cardiaque, et conséquemment, de l' « excitation de tension » vagale, qui détermine une augmentation de la fréquence des battements du cœur pendant l'inspiration, les conditions d'évacuation du cœur étant meilleures pendant cette phase de la respiration.

Dans l'arythmie respiratoire des jeunes, c'est surtout le 4e facteur qui est en jeu, on rencontre alors les conditions les plus favorables à la déplétion du cœur (extensibilité maxima des capillaires pulmonaires permettant leur réplétion pendant l'inspiration, discordance entre les proportions du cœur infantile et celles du thorax conduisant à une déplétion inspiratoire du cœur plus facile que chez l'adulte à cœur plus volumineux).

Dans l'arythmie des sujets âgés, ce sont surtout le premier et le second facteurs qui interviennent, mais l'enquête à laquelle s'est livré Z., sur 27 cas d'arythmie respiratoire relevée chez des sujets ayant passé 40 ans, a révélé 10 fois l'existence d'une sclérose coronarienne, et 3 fois des altérations myocardiques dont la nature n'a pu être précisée, faute d'autopsie. Aussi cette coïncidence conduit-elle Z. à admettre que dans la majorité des cas l'arythmie respiratoire des gens âgés est attribuable à une hypervagotonie liée à l'insuffisance des coronaires et comporte, par suite, un pronostic beaucoup moins bénin qu'on avait coutume de le dire jusqu'ici.

P.-L. Marie.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Urbach. ***Fièvre pseudo-paludéenne avec exanthème chez une malade atteinte de blennorragie*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 1, 6 Janvier 1934). — Une jeune femme atteinte de cervicite et d'urétrite blennorragique, sans participation des annexes, présenta une fièvre pseudo-paludéenne avec poussées tous les 3, 5 ou 7 jours; dans l'intervalle, l'apyrexie était complète. Chaque poussée fébrile s'accompagnait d'un exanthème maculo-papuleux.

Dans ce cas, la fièvre n'était pas rémittente ni intermittente comme dans les cas habituels de septicémie gonococcique; entre les poussées, l'état général était parfait. Il n'y avait pas de douleurs articulaires, ni érythème noueux, ni taches purpuriques, ni hyperkératose, ni pustules, comme on l'a observé dans les cas d'infection gonococcique. La rate n'était pas nettement perceptible.

L'hémoculture ne montra ni gonocoques, ni aucun germe infectieux. L'examen bactériologique de nombreuses coupes fut négatif.

On nota 16 poussées fébriles, espacées sur 100 jours, et la guérison survint.

On peut rapprocher cette fièvre pseudo-paludéenne de celle qu'on voit dans la méningococcémie; le méningocoque et le gonocoque ont d'ailleurs certains points de parenté.

R. Burnier.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

E. Huizinga (Groningue). ***Sur les dimensions et le développement de l'arbre bronchique*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, LXXVIIe année, n° 33, 19 Août 1933). — En vue de déterminer les dimensions de la trachée et des bronches, H. a radiographié l'arbre bronchique chez 120 malades après y avoir injecté du lipiodol. Environ un tiers de ces documents furent rejetés en raison des altérations pathologiques qu'ils accusaient. Il demeure ceux qui ont été recueillis chez 85 sujets dont l'âge s'échelonne entre 2 ans et l'âge adulte.

Les trois points de repère choisis par l'auteur en vue de ses mensurations se trouvent, pour la trachée, au milieu de la portion thoracique; pour la bronche droite, à la mi-distance entre la bifurcation de la trachée et l'origine de la bronche du lobe supérieur; pour la bronche gauche, à l'endroit où, à la suite de l'entonnoir initial, elle adopte une forme cylindrique régulière. Le diamètre de la trachée et des bronches mesuré en ces trois points donne les chiffres de base servant à l'auteur pour ses évaluations.


GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
15 à 20 GOUTTES matin & soir
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS, 1 cuiller matin et soir
Echantillons & littérature : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ RENNES (France)


PILULES
INSULINE FORNET
POMMADE
la seule applicable par la voie digestive
Laboratoires THAÏDELMO 23, rue du Caire, PARIS (2e) Tél: Gut 03-45

Le diamètre de la trachée n'est pas en rapport avec le poids du corps, mais il est proportionné à l'étendue de la surface cutanée. Il égale assez exactement le cinquantième du périmètre thoracique. Au cours de la croissance, le diamètre de la trachée conserve un rapport sensiblement constant avec les dimensions des poumons.

Chez le jeune enfant, la bronche gauche est relativemnt plus étroite qu'elle ne le sera quand le sujet avance en âge.

FRANCIS MUNCH.

E. Huizinga, S. Keyser et **L. Polak Daniels** (Utrecht). ***Sur les bronchectasies et la topographie des lobes pulmonaires*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, LXXVII° année, n° 35, 2 Septembre 1933). — Chez un jeune homme, âgé de 23 ans, et qui avait eu une pleurésie gauche 3 ans auparavant, la percussion donnait à la base du poumon gauche, près du rachis, une zone de matité au niveau de laquelle il existait à l'auscultation de la respiration bronchique, mais sans râles concomitants. Sur la radiographie apparaissait une ombre triangulaire paravertébrale gauche qui fut tout d'abord interprétée comme l'indice d'une pleurésie médiastinale. Des radiographies faites après injection de lipiodol dans les bronches montrèrent qu'en réalité cette ombre correspondait au lobe inférieur gauche, atélectasié en totalité par suite des dilatations bronchiques qui s'y étaient développées.

FRANCIS MUNCH.

A. Y. van der Meulen (Amsterdam). ***Un cas d'abcès sous-phrénique chez un enfant âgé de 18 mois*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, LXXVIII° année, n° 3, 20 Janvier 1934). — Le cas suivant est intéressant parce qu'il montre une fois de plus les difficultés que peut éprouver le diagnostic chez les jeunes enfants et la gravité du pronostic que comportent les corps étrangers.

Il s'agit d'un nourrisson apporté à l'hôpital à l'âge de 6 mois pour un cornage intense. De cet état on ne trouve aucune explication. Les réactions de Pirquet et de Mantoux sont négatives. Jamais on n'observe de crise de suffocation; c'est à peine si l'on note parfois un léger degré de cyanose. La température demeure toujours normale. Les radiographies sont négatives. L'auscultation, la bronchoscopie ne fournissent aucun renseignement. Le curettage du pharynx, pratiqué en vue de l'ablation des végétations adénoïdes, ne modifie en rien le cornage. Si bien qu'au bout de 2 mois et demi les parents remmènent l'enfant chez eux, sans qu'il soit survenu un changement quelconque dans l'état du bébé.

Au bout d'un an, l'enfant est à nouveau admis à l'hôpital. Le cornage s'est peu à peu atténué spontanément, et depuis six mois, l'enfant semble se porter assez bien. Voilà que depuis six jours il paraît encore souffrant. Les commémoratifs ne fournissent aucun renseignement. Mais la température oscille entre 34°2 et 39°8, et le foie est gros et un peu ferme. Le séjour de l'enfant à l'hôpital s'est prolongé depuis deux mois lorsqu'on voit apparaître, sous le rebord des fausses côtes droites, une collection purulente. On la ponctionne et on la draine.

Douze heures après cette intervention, l'enfant succombe. A l'autopsie, on constate qu'il existe un abcès sous-phrénique qui communique avec un abcès du lobe droit du foie. Dans la cavité de ce dernier abcès, on découvre le corps du délit: une aiguille de couturière.

Rétrospectivement, il est difficile de dire ni quand ni par quelle voie cette aiguille est parvenue en cet endroit. Ce qui mérite cependant d'être noté, c'est que ce corps étranger n'apparaît sur aucune des radiographies prises pendant le premier séjour de l'enfant à l'hôpital, et que sur celles qui ont été recueillies au cours de son deuxième séjour, l'ombre due à l'aiguille est tellement floue et indistincte qu'il faut connaître le siège du corps étranger pour en deviner la présence.

FRANCIS MUNCH.

NOUA REVISTA MEDICALA
(Bucarest)

M. Cahane. ***La ponction sous-occipitale dans la pratique médicale*** (*Noua Revista medicala*, t. V, n 5, Septembre 1933). — La ponction lombaire réalise une véritable biopsie grâce à laquelle on a fait de grands progrès thérapeutiques dans certaines affections. La ponction sous-occipitale fut essayée par Westenhöfer (1905) et Obréjia (1909) dans les cas où la ponction lombaire ne put pas être exécutée : blocage sous-arachnoïdien, calcification ligamenteuse de la région lombaire, examen au lipiodol, etc.

La ponction sous-occipitale est devenue d'une pratique facile.

W. Bires a pratiqué dans un ambulatoire colonial de très nombreuses ponctions, notant quelques cas de céphalalgie seulement.

Benedek et von Phurzo ont pratiqué à la clinique de Debreczin plus de 7.000 ponctions sous-occipitales sans incidents. C. a pratiqué 650 ponctions et n'eut à noter que dans 2 pour 100 des cas de légères céphalalgies.

La ponction sous-occipitale reste indiquée dans les cas *d'arachnoïdite avec blocage*, dans les *méningites localisées*, dans les *tumeurs de la moelle*, enfin, dans *l'épreuve de Queckensted-Stookey;* dans les *tumeurs cérébrales* on peut éviter les accidents mortels déterminés par la ponction lombaire.

L'étude comparative du liquide céphalo-rachidien prélevé par cette voie et par la ponction lombaire ne présente pas de différences concernant les réactions de Wassermann, des globulines et électrochimiques.

Les lymphocytes et l'albumine sont augmentées dans le liquide céphalo-rachidien de ponction lombaire.

Enfin, le diagnostic des tumeurs médullaires par le lipiodolo-diagnostic de Sicard est devenu dans les services de neurologie d'un usage quotidien. Par la voie sous-occipitale, on a pu faire la pneumo-ventriculographie, pour la localisation des tumeurs cérébrales, utilisant seulement 20 cmc d'air au lieu de 80 cmc par la voie lombaire.

Westenhöfer a pratiqué le premier le drainage de la citerne cérébro-médullaire par la ponction du ligament atloïdo-occipital dans les cas d'hydrocéphalie inflammatoire chronique et dans les états septiques du cerveau.

Feisser et Chavany ont injecté le sérum antiméningococcique par la voie sous-occipitale; ils placent le malade la tête en position déclive pour que le sérum s'achemine vers la base du crâne, et gagne les cavités encéphaliques. Certains ont introduit la toxine antitétanique. On peut essayer le salicylate à 5 pour 100 ou l'urotropine à 5 pour 100 au début de l'encéphalite léthargique. Guillain et Sigwald ont essayé le diagnostic au lipiodol dans 2 cas d'arachnoïdite consécutive à la méningite cérébro-spinale.

Le lipiodol eut des effets thérapeutiques heureux car le malade fut très amélioré, probablement par la destruction des brides.

C. obtint dans des cas de confusion mentale chez des agités et dans le mal épileptique une amélioration notable par le drainage sous-occipital. Benedek et Phurzo ont obtenu des succès par le même traitement chez des post-encéphalitiques avec accès comitiaux.

C. cite 10 cas d'épilepsie traités par l'injection de 20 cmc d'air; le nombre des accès avait diminué sensiblement. C., conclut que la méthode est facile dans les mains d'un médecin expérimenté.

HENRI KRAUTER.

P. Pitulesco, A. Bakk et **Tr. Jonesco.** ***Le traitement par le formol dilué, de 2 pour 1.000-1 pour 100, des plaies infectées, des adénites, des trajets fistuleux, tuberculeux, etc.*** (*Noua Revista Medicala*, t. V, n° 7-8, Novembre-Décembre 1933). — Dans les services de maladies mentales et les asiles, on rencontre un grand nombre de plaies suppurées, d'abcès et de phlegmons fistulisés, et surtout d'adénites tuberculeuses fistulisées et d'abcès froids. Cette fréquence s'explique par le fait que la majorité des malades sont des paralytiques généraux, hémiplégiques, séniles avec des lésions importantes du système nerveux central, des centres trophiques cérébraux et spinaux; chez ces malades, la trophicité et la résistance diminuée de l'organisme favorisent les infections, la guérison est retardée par leur inconscience, le gâtisme et l'agitation.

P., B. et J. ont expérimenté le traitement par le formol sur un grand nombre de malades dans les cas suivants :

1° Dans les phlegmons, plaies diffuses et gangreneuses, fistules chroniques torpides, chancres phagédéniques, bartholinite, etc.

2° Dans les abcès froids; adénites et trajets fistuleux tuberculeux.

Dans les phlegmons ouverts et fistulisés, les résultats furent remarquables par leur rapidité. P., B et J. citent 13 observations de phlegmons fessiers, panaris, bartholinite puis adénites, fistules et abcès tuberculeux. Ils emploient des solutions formolées de 0,25 pour 100 à 1 pour 100. On injecte 1/2 à 2 cmc de la solution de 0,5 à 1 pour 100 avec 1 cmc de novocaïne à 1 pour 100. Les injections sont bien supportées; elles provoquent une légère tuméfaction. Dans les ganglions tuberculeux ramollis et non ouverts, on ponctionne pour extraire le pus, puis on injecte 2 à 10 cmc de la solution à 1 pour 100. Après 5 minutes, on retire le formol injecté en laissant en place une quantité minime de formol. On fait un pansement compressif. On répète l'injection 2 à 3 fois tous les 3, 4 jours. Les résultats obtenus sont remarquables. Dans les adénites tuberculeuses, la sclérose se fait rapidement, la cicatrisation est rapide.

L'action thérapeutique du formol varie suivant sa concentration :

1° Les concentrations plus fortes que 1 pour 100 sont trop caustiques;

2° La concentration de 0,25 pour 100 à 1 pour 100 est bien supportée en badigeonnages, pansements et en injections tissulaires, à ces concentrations le formol reste un désinfectant puissant, s'infiltrant en profondeur.

Le processus de sclérose avec les solutions de 0,25 pour 100 à 1 pour 100 se produit lentement sans danger de nécrose.

Si l'on donne des lavages vaginaux ou urétraux, on emploiera les solutions de formol à 1 pour 1.000 à 2 pour 1.000, qui, sans aucune action sclérosante, garde un pouvoir désinfectant remarquable et possède la propriété d'un cicatrisant rapide.

P., B. et J. ont obtenu par le formol à 1 pour 100 les meilleurs résultats dans le traitement des abcès froids, adénites et fistules tuberculeuses.

HENRI KRAUTER.

P. Pitulesco. ***Le formol, antiseptique biotrope*** (*Noua Revista Medicala*, t. V, n° 7-8, Novembre Décembre 1933). — P. a repris l'étude du formol, comme antiseptique. Le formol possède un réel pouvoir *bactéricide* et une action *biotrope* remarquable sur les tissus malades, dont il active la cicatrisation, par l'augmentation de leur résistance et du pouvoir de défense. Ce sont ces propriétés qui le classent comme un antiseptique de premier rang dans le traitement des plaies infectées et

comme un anti-infectieux énergique dans le traitement des processus infectieux locaux, notamment ceux de nature tuberculeuse.

Il réunit les qualités suivantes comme antiseptique local :

1° C'est un bactéricide énergique : les solutions faibles à 1 pour 1.000 détruisent les spores de l'anthrax et les bacilles tuberculeux.

2° Les solutions utilisées par P. et ses collaborateurs — 0,5 pour 1.000-0,5 pour 100 — *ne sont pas coagulantes* des sérosités, des humeurs, ni des tissus malades, comme les autres antiseptiques ; le formol est uniquement un *léger fixateur* tout en étant suffisamment *diffusible*, dans les tissus, en profondeur où il empêche la récidive de l'infection.

3° Le formol *n'est pas caustique ni nécrosant* et ne produit pas d'escarres, il est seulement légèrement irritant, provoquant à l'endroit de la piqûre, par les solutions concentrées, un nodule dur, qui disparaît en se résorbant.

4° Il *n'est pas toxique*, tant employé dans les pansements qu'en injections sous-cutanées et même intra-veineuses.

5° C'est un bon *désodorisant* des plaies putrides (gangrènes gazeuses, escarres sacrées, mal perforant).

P. prétend que le formol en solutions de 0,5 pour 1.000-0,5 pour 100 est un antiseptique supérieur aux antiseptiques usuels qui ont dominé l'antisepsie ancienne et moderne.

Enfin, le formol a une action biotrophique sur les tissus malades, réduisant rapidement les suppurations par une sorte d'immunité locale comme les filtrats, et l'épidermisation se fait vite, laissant une cicatrice lisse et souple.

Le formol anti-infectieux local. — En dehors des plaies infectées, il existe toute une série d'infections locales exogènes ou endogènes, banales ou spécifiques (tuberculeuses), aiguës ou chroniques, ouvertes ou fermées, fistulisées, qui sont susceptibles d'un traitement anti-infectieux local. Dans ce but, il faut que l'agent médicamenteux injecté dans les tissus ou cavités ait un pouvoir bactéricide énergique, pénètre rapidement pour les désinfecter, en augmentant leur puissance de défense.

P. a appliqué avec succès le traitement par le formol dans les adénites banales ou vénériennes, adéno-phlegmons, abcès chauds, adénites tuberculeuses isolées, ou en blocs ganglionnaires, dures ou ramollies, abcès froids et trajets fistuleux tuberculeux.

P. attire l'attention sur l'efficacité du formol dans le traitement des adénites et des fistules tuberculeuses ; par son pouvoir bactéricide et sclérosant mais surtout par sa diffusibilité et non-toxicité, le formol est supérieur aux autres modes de traitement.

P. préconise l'emploi du formol dans toutes les formes locales de la tuberculose.

Henri Krauter.

P. Pitulesco. *La situ-hormonothérapie* (*Noua Revista Medicala*, t. V, n° 9, Janvier 1934). — La situ-hormonothérapie est le traitement hormonal consistant dans l'injection « in situ », c'est-à-dire au niveau d'une glande endocrine (injection sous-séreuse, sous-capsulaire ou même intra-parenchymateuse), d'une quantité d'hormone correspondante de la glande ou des hormones synergiques, dans le but de la réactiver ou de la régénérer. L'opothérapie sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse réalise une thérapeutique *passive*, de simple substitution ; la situ-hormonothérapie réalise une opothérapie *active*, de réveil des énergies sécrétoires, un rappel à l'activité d'une glande épuisée ou altérée et indirectement, par la voie nerveuse, la régénération de l'organisme.

La situ-hormonothérapie produit les effets suivants :

1° Localement on observe au niveau de la glande une *hyperémie* avec vasodilatation active, marquée et durable ; la glande devient légèrement douloureuse et s'hypertrophie. Avec la répétition des injections on établit une circulation sanguine plus active et plus durable, ce qui amène l'amélioration de la nutrition et la réactivation de la vitalité de la glande.

2° Il y action *directe* des hormones injectées localement qui au contact du tissu glandulaire stimuleront l'activité sécrétoire de la glande. Il faut noter l'action adjuvante de « stimul » des préhormones et des parahormones et des diverses albumines extractives ; il peut y avoir un léger choc local et même général.

3° Les hormones injectées localement excitent les terminaisons nerveuses sécrétoires et vasomotrices de la glande, stimulant son activité et provoquant des actions neuro-hormonales à distance, des autres glandes endocrines et des centres végétatifs périphériques, spinaux et mésocéphaliques. céphaliques.

En résumé, par la situ-hormonothérapie, on peut obtenir la régénération d'une glande et le rétablissement de ses fonctions, en utilisant ses propres forces, par l'activation de la circulation locale, par la stimulation hormonique de ses cellules sécrétoires et par l'excitation locale du système nerveux sympathique et parasympathique glandulaire, et des centres végétatifs supérieurs.

On note en même temps une action généralement remarquable sur l'état général.

P. considère sa méthode comme bien supérieure aux autres méthodes opothérapiques et à la greffe dont l'indication reste limitée.

Les glandes qui se prêtent facilement à la méthode sont : les glandes génitales, la glande thyroïde, l'hypophyse. Les glandes difficilement abordables, profondes seront influencées au niveau des glandes abordables, synergétiques ou antagonistes.

Les indications de la méthode sont celles du domaine des dyscrinies en général, puis les dystonies neuro-végétatives avec altération du métabolisme, troubles trophiques, les diverses affections neuro-psychiques avec substratum endocrinien, les cachexies, la sénilité précoce.

Henri Krauter.

P. Pitulesco, A. Bakk et **T. P. Jonesco. *Situ-hormonothérapie et eutrophie*** (*Noua Revista Medicala*, t. V, n° 9, Janvier 1934). — Les premiers essais d'opothérapie « in situ » furent faits par P. en 1920 chez divers psychopathes par des injections intra-rachidiennes d'extraits opothérapiques — orchitiques et hypophysaires — à petites doses. Il avait noté un léger choc avec légère réaction méningée qui accompagnaient une amélioration lente jusqu'à la rémission des malades, surtout des déments précoces. En 1931, P. propose l'injection d'hormones « in situ ». En 1933, il rapporte les résultats obtenus sur des aliénés, avec ses collaborateurs, au Congrès de la Société roumaine de Neurologie en 1933. Les observations faites sur des aliénés chroniques ont une valeur importante ; chez ces malades tout facteur suggestif, personnel étant exclu, on observe des symptômes objectifs. Un grand nombre d'observations sont relatives à la situ-hormonothérapie des glandes sexuelles dont on connaît l'importance dans le maintien de l'équilibre énergétique de l'organisme adulte.

La méthode de l'opothérapie « in situ » a été appliquée chez l'homme sous la forme d'injections sous la séreuse testiculaire, avec un extrait testiculaire et antéhypophysaire plus 1/2 cmc de novocaïne, tous les 2-5 jours, alternativement au testicule droit et gauche.

Chez la femme, les injections furent faites par la voie vaginale dans le paramètre après lavage et badigeonnage à la teinture d'iode, injections d'un extrait ovarien plus antéhypophyse.

P. a noté des améliorations remarquables de l'état physique et psychique.

L'action sur l'état physique peut se caractériser par une action eutrophique. Le nombre des malades traités est de 45 dont 40 hommes et 5 femmes : 5 vieillards et séniles de 45-73 ans ; 29 de 16-34 ans et un enfant de 13 ans. Ces malades étaient des schizophréniques, mélancoliques, épileptiques, séniles, pellagreux. L'effet eutrophique se manifestait par les signes suivants : 1° tous les malades ont gagné du poids (entre 1 à 8 kilogr.).

2° Amélioration des caractères sexuels extérieurs. Les poils pubiens ont commencé à paraître chez un enfant de 13 ans, après 2 injections ; les cheveux sont devenus plus abondants chez 2 schizophréniques de 26 et 30 ans.

3° L'hypertrophie et l'augmentation de la consistance testiculaire chez les malades avec des testicules atrophiés ou hypoplasiés.

4° Effets vaso-moteurs chez un épileptique avec acrocyanose et trophœdème dur des membres.

5° Modifications eutensives de la tension artérielle. Dans les cas d'hypertension on note une diminution de la tension artérielle.

6° Modifications du tonus neurovégétatif. L'amélioration de l'état général est, sans exception, remarquable ; au point de vue psychique les mélancoliques, les anxieux, les déprimés les schizophréniques sont très améliorés. Certains résultats frappants ont fait croire à P. qu'il faut attribuer un rôle plus important à l'endocrinologie dans la pathogénie des psychoses endogènes. Par la situ-hormonothérapie P. et ses collaborateurs ont amélioré ou guéri un grand nombre de schizophréniques. Un épileptique vit le nombre de ses accès se réduire sensiblement. Chez les femmes psychopathes, la menstruation réapparaît après une aménorrhée de longue date.

Henri Krauter.

MISCAREA MEDICALA ROMANA
(Bucarest)

C. I. Urechia. *Tabes chez une fillette de 9 ans, dont le père est atteint de la même maladie* (*Miscarea Medicala Romana*, t. VI, n° 11-12, Novembre-Décembre 1933). — Le tabes juvénile héréditaire constitue une entité clinique rare ; plusieurs observations existent dans la littérature.

U. relate l'observation d'un tabes juvénile traité en même temps que le tabes du père.

C'est une fillette de 9 ans, dont le père est atteint de tabes depuis 13 ans. Elle est née à terme, s'est bien développée physiquement. A l'examen, on trouve une voûte palatine ovigale, un front olympien, un signe d'Argyl-Robertson. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis.

On constate des mouvements choréo-athétosiques des membres supérieurs. La P. L. montre une albuminose avec légère lymphocytose (17 mm.), le Bordet-Wassermann négatif. Psychiquement, cette enfant est légèrement arriérée, avec émotivité exagérée ; l'intelligence correspondrait à celle d'un enfant de 5 ans.

Henri Krauter.

HEMOLUOL

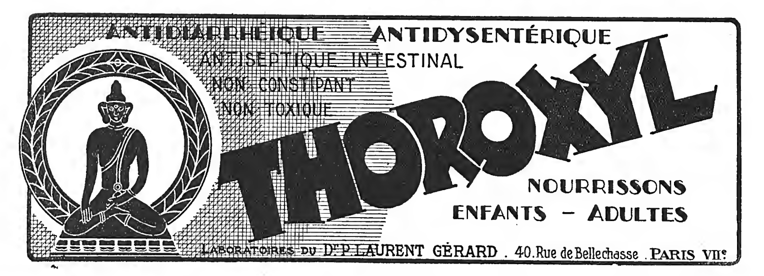
TROUBLES DE LA CIRCULATION VEINEUSE, ETATS CONGESTIFS

VÉGÉTAUX ATOXIQUES VASO-CONSTRICTEURS

ANALGÉSIQUES

Forme Elixir — 3 cuillères à café par jour

LIT^RE. ÉCH^ONS : LABORATOIRES DU DR FERRÉ 6 Rue DOMBASLE. PARIS XV





LE DIABÈTE à POUGUES-LES-EAUX

Pougues, station des gastro-hépatiques, est non moins favorable au traitement du diabète sucré.

En ce qui concerne cette dernière affection, une innovation précieuse vient d'être réalisée avec la création de la Maison de Cure et de Régime

"AZURA"

Dans cette Maison, blottie au milieu d'un de ces cadres de verdure qui sont la parure de Pougues, et qui est exclusivement réservée aux malades atteints de diabète sucré, il est fait une adaptation précise à chaque pensionnaire d'un régime varié et très étudié, avec surveillance assurée.

Salle à manger munie de petites tables individuelles.

Insulinothérapie et analyses biologiques

Les chambres et appartements avec cabinet de toilette ou salle de bains offrent tout le confort désirable.

Directeur médical : M. Maurice RUDOLF, ancien Chef de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Tous les malades sont obligatoirement sous sa surveillance

DEUX ARSENICAUX PENTAVALENTS

TRÉPARSOL	PENTARSYL
Acyde formyl méta-amino para oxy-phénylarsinique	Solution aqueuse du sel de triéthanolamine de l'acide mono-urée para oxyphénylarsinique
Traitement par la **voie buccale**	Traitement par les **voies intra-musculaire ou sous-cutanée**

LABORATOIRES LECOQ & FERRAND, 14, rue Gravel, LEVALLOIS, près PARIS

Dépôt : PHARMACIE LAFAY, 54, Chaussée-d'Antin, PARIS

REVUE DES JOURNAUX

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE
(Paris)

Macias de Torres. ***Les embolies huileuses dans l'hystérosalpingographie*** (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XXIX, n° 3, Mars 1934). — L'introduction du lipiodol français a été un pas décisif pour l'hystérosalpingographie et ce procédé d'exploration amplement expérimenté par nombre de gynécologues est maintenant une méthode diagnostique déjà classique. Il est particulièrement indiqué dans les cas suivants : 1° pour le diagnostic exact de la stérilité présumée tubaire; 2° pour le diagnostic des malformations génitales hautes; 3° pour le diagnostic différentiel des tumeurs pelviennes surtout si le traitement à suivre doit être physique; 4° pour le diagnostic de certaines grossesses pathologiques; 5° pour tous les cas obscurs où toutes les autres explorations ne sont pas arrivées aux fins voulues.

Les accidents et les dangers de l'injection intra-utérine de lipiodol sont aujourd'hui bien connus; les inconvénients de l'hyperpression ont été signalés depuis le premier moment et personne ne discute l'avantage de contrôler la pression du liquide injecté, quand l'huile doit pénétrer dans les trompes; car pour la simple hystérographie, un gynécologue prudent pourrait se passer du manomètre. La possibilité de produire des accidents d'ordre infectieux, si les voies génitales sont envahies par des germes virulents, est aussi bien connue.

Cependant, pour M. de T., l'accident le plus fréquent de l'hystérosalpingographie est la pénétration du lipiodol dans les vaisseaux sanguins, accident qui passe le plus souvent inaperçu parce qu'il n'a pas de suites visibles ou fâcheuses ou parce que ces suites sont tout à fait minimes. T. en rapporte plusieurs cas.

Deux tendances s'observent pour expliquer la possibilité de l'entrée de l'huile dans le système vasculaire (en laissant de côté les fautes de technique telles que l'hyperpresion) : c'est l'hypoplasie utérine avec obturation tubaire et c'est une hémorragie récente, fût-elle minime. A son avis cette dernière origine est la plus fréquente.

C'est seulement dans les cas où la pénétration du lipiodol est massive, où un vaisseau d'une certaine importance est resté ouvert que l'attention du radiologue est attirée vers l'injection vasculaire; ou s'il y a des difficultés à la circulation de retour qui soient l'origine d'une stase locale, les veines apparaîtront injectées dans le cliché pris. Ces conditions se présentent rarement si bien que l'accident, même fréquent, passe le plus souvent inaperçu. Heureusement, même les injections massives sont dans la plupart des cas sans suites fâcheuses ou sont tout à fait minimes.

Puisque l'embolie huileuse en cas d'utérus saignant est fréquente, la prudence qui doit diriger toute notre activité (*primum non nocere*) nous conseille d'éviter l'hystérosalpingographie. Nous avons, en effet, pour ces cas, d'autres moyens de compléter notre diagnostic, plus fidèles et sans danger, tels que le curettage explorateur. Si, dans un cas, nous trouvons que le lipiodol est indispensable et que l'utérus saigne, nous devons ajourner cette exploration jusqu'au moment où l'hémorragie sera entièrement arrêtée et nous ferons l'injection avec des sondes molles pour éviter tout traumatisme de la muqueuse. La considération que l'embolie huileuse est habituellement inoffensive n'est pas une raison pour ne pas s'efforcer de l'éviter.

Henri Vignes.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Kurt Franke. ***Le traitement le meilleur et le plus économique de l'anémie de Biermer*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 4, 27 Janvier 1934). — F. a étudié les résultats obtenus dans l'anémie de Biermer avec les divers traitements actuellement en usage afin de savoir comment on arrive le plus vite et le plus économiquement possible à un résultat, c'est-à-dire non seulement à un taux d'hémoglobine allant de 80 à 90 pour 100 mais aussi à un nombre de globules rouges ne descendant pas au-dessous de 4.000.000, le diamètre des érythrocytes étant normal. Il a été ainsi étudié 63 malades d'avant l'ère du traitement par le foie et 118 malades appartenant à la période suivante.

Le traitement par l'arsenic, y compris les transfusions de sang, donne des résultats qui n'arrivent pas de loin à ceux que donne l'hépatothérapie. Le meilleur traitement, surtout dans les formes sévères, est celui qui associe le suc du foie et le suc de l'estomac. Cette méthode prend 2 fois moins de temps que le suc de foie seul, que le suc de foie associé à la transfusion ou que l'injection de foie.

Le traitement le meilleur et le plus agréable pour maintenir à l'état normal les malades qu'on est arrivé à guérir consiste à injecter chaque semaine 5 à 10 cmc d'un extrait de foie et à faire prendre 3 gr. de fer réduit par jour. Dans le traitement continu, cette adjonction de fer est recommandée d'une façon générale, car elle a un effet favorable sur l'état général et sur les troubles nerveux. D'ailleurs, beaucoup de malades ne peuvent pas être maintenus sans fer au-dessus de 4.000.000.

Les préparations gastriques, pas plus que les préparations hépatiques prises à l'intérieur, n'ont permis de satisfaire avec certitude aux exigences qui s'imposent.

Le coût du traitement d'une anémie pernicieuse non compliquée s'élève, quand il s'agit d'hépatothérapie, à 2.000 francs avec une durée de 58 jours. En associant les sucs de foie et d'estomac, ce prix est de 1.000 fr. et dure 30 jours. Le traitement continu, le meilleur, qui associe l'extrait de foie et le fer, coûte, par semaine, 15 à 18 francs et, quand il s'agit de foie frais, 30 à 40 francs.

P.-E. Morhardt.

Arthur Jores. ***Nycturie en tant que symptôme des troubles des centres nerveux*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 4, 27 Janvier 1934). — Sur un ensemble de 168 patients atteints d'affections du cœur ou des reins, J. a constaté 111 fois de la nycturie. Cette nycturie a été observée surtout en cas de reins de stase (91 pour 100) et aussi en cas d'insuffisance du myocarde (88 pour 100) et de lésions valvulaires (71 pour 100). Par contre, ce symptôme n'a pas été observé dans 2 cas de néphrose. Il est un peu plus fréquent dans la néphrite aiguë (22 pour 100). Pour expliquer ce fait il faut d'abord noter que l'absence de nycturie chez les sujets normaux résulte d'un rythme biologique en relations avec celui de la température, de la glycémie, des leucocytes, etc. D'un autre côté, il a été observé de la nycturie sans aucune altération du cœur ou des poumons. J. en donne 3 observations : une femme diabétique de 40 ans, présentant des crises de narcolepsie; un jeune homme de 20 ans qui a eu une commotion cérébrale sévère et qui présente également de la narcolepsie; un homme de 38 ans qui a été atteint d'une plaie du cerveau et qui présente des accès d'épilepsie.

D'autres observations faites chez des sujets atteints d'ulcus ont montré qu'en pareil cas, il s'observe très fréquemment (16 fois sur 21) de la nycturie qui s'explique par les troubles de la régulation végétative observés chez ces malades. D'autre part, chez un homme de 25 ans, il apparaît, après des excitations psychiques, un sentiment général de chaleur avec ralentissement du pouls, vertiges, douleurs dans le ventre, crise qui est suivie de l'évacuation d'une très grande quantité d'urine claire. Ce malade présente de la nycturie nette. Ainsi, ce symptôme est en relation avec le centre végétatif en même temps qu'avec le métabolisme de l'eau. Dans ce dernier cas, c'est-à-dire chez les malades atteints de nycturie d'origine cardiaque ou rénale, il doit s'agir d'un phénomène de compensation : la position couchée permet à l'eau des tissus d'être mobilisée et d'agir comme de l'eau ingérée.

P.-E. Morhardt.

B. de Rudder. ***Eosinophilie du printemps. Contribution à la bioclimatologie des relations hiver-printemps*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 5, 3 Février 1934). — L'étude du rachitisme a permis d'acquérir des notions importantes relativement à la bioclimatologie des saisons. Effectivement, Williams, en dosant le phosphate du sang chez 100 enfants, a constaté un abaissement net au cours du mois de Février. R., en supprimant des chiffres obtenus par cet auteur tous ceux qui concernent des enfants ayant présenté à un moment quelconque un taux de phosphate du sérum inférieur à 5 milligr. pour 100 gr., c'est-à-dire tous les enfants qui présentaient certainement du rachitisme floride, rend cet abaissement de la courbe, en Février, encore plus net. Chez les enfants normaux, par conséquent, il faut admettre que la fin de l'hiver s'accompagne d'une modification profonde des processus organiques qui doivent être mis en rapport avec l'accélération de la croissance qui survient au printemps et qui a été constatée notamment par Winberger en prenant, comme point de départ, la longueur du tibia. Cette accélération vernale qui succède à un arrêt hivernal de la croissance est mise en relation par Nylin avec les variations de l'irradiation ultra-violette (rayons de Dorno).

D'autre part, l'augmentation du phosphate du sérum s'accompagne nécessairement d'une diminution du calcium, ce qui explique l'augmentation printanière de la spasmophilie constatée notamment par Rominger. Toutes ces modifications survenues au printemps supposent qu'auparavant il y a eu un hiver et que c'est le contraste entre ces deux saisons différentes qui amène des modifications organiques.

Ces modifications s'étendent également à l'excitabilité du système nerveux végétatif. On peut apprécier ces modifications, selon R., par la numération des éosinophiles. Il a été effectivement constaté, chez 33 adultes sains, que les valeurs les plus

fréquentes de Janvier sont comprises entre 0 et 2 pour 100 et celles de Mars entre 2 et 4 pour 100. Il survient donc une éosinophilie printanière en relation avec les radiations de Dorno.

Ces observations ont été reprises expérimentalement sur des cobayes et il a été constaté que les animaux tenus à l'obscurité présentent une proportion d'éosinophiles beaucoup moindre que les animaux exposés 15 minutes par jour à des radiations ultra-violettes. Quand on cesse les irradiations, la proportion des éosinophiles ne tarde pas à revenir à la normale.

P.-E. Morhardt.

Torgny Sjöstrand. ***Le foie et les poumons fonctionnent-ils comme dépôts sanguins ?*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 5, 3 Février 1934). — Pour savoir si le foie et les poumons interviennent comme dépôts sanguins, S. a cherché à compter le nombre des globules rouges qui se trouvent dans un volume déterminé de tissu. L'animal d'expérience qu'il a utilisé est la souris qu'il sacrifie par une sorte de décapitation faite avec un fil métallique qui laisse intacts les gros vaisseaux et la trachée.

Contrairement à Rein et à Barcroft qui considèrent que le foie d'un chien peut emmagasiner 20 pour 100 du volume du sang, S. a observé que chez la souris ainsi sacrifiée après avoir été traitée par des injections d'adrénaline ou après avoir couru, c'est-à-dire alors que le volume du sang circulant est au maximum, le foie contient plus de sang que normalement. Pour expliquer ces résultats contradictoires, S. rappelle que l'adrénaline a une action diphasique, l'une vasoconstrictive et l'autre vasodilatatrice. Il est possible également que chez les souris le foie fonctionne autrement que chez les chiens.

En ce qui concerne les poumons, il n'a pas été possible d'arriver à une énumération exacte des globules rouges contenus dans un certain volume. De plus, pour éviter toute cause d'erreur, les animaux ont été sacrifiés par des méthodes diverses qui ont toutes conduit au même résultat. Il a été ainsi constaté que les poumons peuvent fonctionner comme dépôts chez l'animal normal. Par contre, quand par un des procédés ordinaires, on augmente le volume du sang circulant, les poumons sont beaucoup moins riches en globules rouges. En injectant dans la veine de l'oreille d'un lapin une suspension colloïdale de graphite, il a été constaté que le charbon, chez les animaux tranquilles ou anesthésiés, ne se dépose que dans certaines régions des poumons. Chez les animaux excités, au contraire, il ne se retrouve nulle part dans ces organes.

Ces expériences montrent donc que quand la respiration est tranquille, les poumons ne sont pas entièrement irrigués. Dans certaines aires vasculaires de ces organes, la circulation peut être très lente et le volume du sang en dépôts considérables.

P.-E. Morhardt.

Otto Rehm. ***Paralysie infantile épidémique. Contribution à la pathologie du liquide céphalo-rachidien*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 5, 3 Février 1934). — R. propose de diviser l'évolution de la poliomyélite en une phase fébrile et une phase post-fébrile, la première coïncidant à peu près avec les 10 premiers jours de la maladie et les paralysies survenant vers la fin de la première semaine avant que la seconde phase ait commencé. Dans la première phase, on constate une accélération de la sédimentation des érythrocytes et une diminution des leucocytes. En ce qui concerne le liquide céphalorachidien, on constate que la pression est souvent augmentée dans la première semaine et que le sucre est normal. La courbe du sol d'or donne, au stade fébrile, des résultats analogues, en petit, à ce qui s'observe dans la syphilis. Il n'y a pas de réseau fibrineux, mais les albumines totales sont augmentées (0,4 à 0,6 pour 100). Il en est de même pour les globulines. Le nombre des cellules peut atteindre 1.000 par millimètre cube et tomber, avec la disparition de la fièvre, à un chiffre qui varie de 6 à 9 cellules et qui est tout juste pathologique.

Parmi ces cellules, on constate, les premiers jours, des polynucléaires (75 pour 100) qui disparaissent ensuite. En outre, le liquide céphalorachidien présente une cytolyse caractéristique qui intéresse surtout les polynucléaires et aussi les lymphocytes. Ces phénomènes donnent lieu à l'apparition de noyaux isolés et de masses protoplasmatiques séparés les uns des autres. Les premiers donnent lieu à une production de filaments et de granules (corpuscules étincelants) et les autres à des disques de caractère lipoïdique, à des sortes de guirlandes ou encore au « globoid bodies » retrouvé dans la poliomyélite du singe par Flexner et Noguchi.

Dans le cours de la deuxième semaine, ces processus cytolytiques cessent presque entièrement, bien qu'il se sépare des noyaux des lymphocytes de petits fragments qui abandonnent la cellule. A partir de la neuvième semaine, il apparaît de nombreux histiocytes dont il se détache des bandes de protoplasma qui donnent naissance à des images rappelant certains protozoaires. Ces types cellulaires proviennent, soit de la pie-mère, soit des espaces périvasculaires. Par contre, il n'est pas très vraisemblable que l'épendyme et les plexus interviennent dans la production de ces cellules.

P.-E. Morhardt.

F. Winkler. ***Relations de la sécrétion gastrique et de la localisation des zones d'hyperesthésie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 5, 3 Février 1934). — Porges a constaté qu'en cas de gastrite hypoacide, il existe une zone d'hypersensibilité à gauche tandis qu'en cas de gastrite hyperacide, cette hypersensibilité siège à droite. W. a recherché, chez une série de malades atteints de gastrite, les zones d'hyperesthésie et comparé leurs localisations avec les données de l'examen du suc gastrique telles qu'elles sont fournies par le repas d'épreuve d'Ewald-Boas. Des examens radiographiques ont complété l'étude des malades.

Sur 52 cas de subacidité, d'anacidité ou d'achylie, il a été trouvé 50 fois une zone d'hyperesthésie gauche et, sur 49 cas d'hyperacidité, il a été trouvé 48 fois une zone d'hyperesthésie droite. A ces deux règles, on n'a trouvé que trois exceptions qui s'expliquent d'ailleurs par des affections concomitantes (catarrhe du grêle, pleurite gauche, etc.). Ces observations peuvent être utilisées vraisemblablement au point de vue du diagnostic. Si, en cas de diminution de l'acidité, la zone sensible se trouve à droite ou inversement, on devra rechercher une affection concomitante, notamment une cholangiopathie.

Ces zones hyperalgésiques se retrouvent aussi bien dans la peau que dans les muscles, dans les séreuses et dans les périostes. Pour les retrouver, W. fait asseoir à demi les malades, de manière à relâcher complètement les parois abdominales. Ensuite, il palpe les régions des grands droits avec la face interne des deux pouces qu'il appuie chacun à son tour dans des régions symétriques en demandant au malade de dire de quel côté il ressent la sensation la plus vive.

Ces faits tendent à confirmer la théorie de Orator et de Porges d'après laquelle l'hypoacidité serait liée à une gastrite du corps qui est innervé par les nerfs de gauche et l'hyperacidité à une gastrite de l'antre qui, au contraire, reçoit son innervation de droite.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE

(Berlin)

Kurt Podleschka et Hans Dworzack. ***Etude fonctionnelle de l'ovaire de lapine transplanté dans la chambre antérieure de l'œil*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLV, n° 2, 1934). — Quand on transplante un ovaire de lapine dans la chambre antérieure de l'œil, il est facile d'observer *de visu* son fonctionnement. Plus des 4/5 (exactement 82,7 pour 100) de tous les ovaires ainsi greffés, après éclaircissement du milieu réfringent, ont repris leurs fonctions. Chez les animaux bien isolés où les deux ovaires ont été transplantés, il y a eu croissance de follicule, puis dégénérescence. La croissance de ces follicules après transplantation paraît retardée vis-à-vis de l'ovaire *in situ;* ces follicules deviennent plus grands que normalement. Exceptionnellement, il y a eu, une seule fois, rupture de follicule chez un animal longtemps isolé.

Chez les animaux qui ont copulé et chez qui les deux ovaires ont été transplantés, il y a eu un accroissement de la vitesse de croissance des follicules et formation de follicules lutéinisés. Mais on n'a jamais observé de rupture de follicule. Les corps lutéiniques ainsi formés ont provoqué une structure prégravidique de l'endomètre et une inhibition de l'excitabilité du muscle utérin par l'extrait hypophysaire comme dans une fausse grossesse, mais les actions consécutives étaient déplacées dans le temps. On n'a pas observé de gêne dans la croissance folliculaire due à l'existence de ces corps lutéiniques.

Chez les femelles maintenues ensemble, il y a eu, à des époques irrégulières, des follicules lutéinisés dans la greffe. Après avoir administré des extraits de lobe antérieur d'hypophyse, on a trouvé dans la greffe les mêmes modifications que celles produites après la copulation et les corps jaunes, ainsi produits, ressemblaient, quant à leurs fonctions, à ceux qui étaient produits par la copulation.

Dans la transplantation d'un seul ovaire en laissant en place le deuxième, il y a bien eu prise de la greffe, mais il n'y a pas eu de fonction macroscopiquement visible; après l'extirpation de l'ovaire resté *in situ*, l'ovaire transplanté a montré macroscopiquement des manifestations fonctionnelles.

Comme causes de la différence qui se manifeste entre la fonction de l'ovaire normal et de l'ovaire transplanté, on peut envisager surtout l'absence de la régulation nerveuse avec conservation des fonctions hormonales.

Henri Vignes.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE

(Leipzig)

H. Küstner (Leipzig). ***Le traitement de la pyélite gravidique*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. LVII, n° 51, 23 Décembre 1933). — Deux points intéressants dans l'étude de K.:

1° Les modifications importantes notées sur les uretères des femmes enceintes: diminution de l'élasticité des parois, hypertrophie de la musculature, forte atonie de tout l'appareil urétéral expliqueraient les pyélites observées à une période de la grossesse où l'utérus n'est pas encore très volumineux. La stase urétérale précéderait la distension du bassinet.

2° Le traitement recommandé par K., qui lui a donné d'excellents résultats. Il consiste en un « régime alternatif ». Pendant 3 jours, la femme prend des boissons abondantes et un régime alcalinisé (bicarbonate de soude). Les 3 jours suivants, on donne très peu de liquide et on fait prendre à la patiente 3 fois par jour XV gouttes d'HCl et 3 fois par jour 0 gr. 50 d'urotropine. Le régime acide

fait suite au régime alcalin. Si le résultat n'est pas obtenu après les 6 jours, il faut continuer.

En général, après le premier cycle, la fièvre cesse et les crises douloureuses se calment, mais les urines sont encore purulentes et riches en cellules épithéliales. Rapidement le sédiment redevient normal. Toutefois bien qu'il n'y ait plus aucun symptôme, souvent l'urine contient du coli. K. n'est pas partisan du cathétérisme des uretères avec sondes laissées à demeure, qui lui a souvent donné des résultats décevants, alors qu'avec le régime alternatif, sauf dans un cas, les succès ont été constants.

DESMAREST.

ENDOKRINOLOGIE

(Leipzig)

H. Kun. ***Féminisation psychique et hermaphrodisation de mâles par l'hormone sexuelle féminine*** (*Endokrinologie*, t. XIII, n°s 5, 6, Mars 1934). — Il a été montré notamment par Steinach au moyen de transplantations que les caractères sexuels secondaires somatiques et psychiques peuvent être modifiés dans une certaine mesure par les hormones que produit la gonade. D'autre part, l'hormone sexuelle isolée s'est montrée capable de provoquer des phénomènes de féminisation chez les mâles (hypérémie de l'aréole et de la mamelle, sécrétion lactée) et de masculinisation chez les femelles (développement du clitoris et des organes épineux).

K. a poursuivi des recherches de ce genre en étudiant la manière dont les mâles peuvent être féminisés ou hermaphrodisés par les injections d'hormone chimiquement pure (benzoate de progynon). Cette substance a été injectée en une fois à des mâles castrés ou non, à des doses variant de 100.000 à 25 unités-souris. On a pu ainsi faire apparaître les phénomènes du rut observés chez les femelles et plus spécialement le réflexe de lordose, c'est-à-dire l'ensellure du dos. Ce réflexe apparaît chez les castrés presque toujours au bout de 48 heures. La dose juste suffisante est de 50 unités-souris.

Chez les rats non castrés, ce réflexe n'apparaît qu'au bout d'un temps de latence plus prolongé et avec des doses plus élevées (200 unités-souris). Cette différence est due à une action antagoniste des testicules. Les animaux intacts ainsi traités doivent être considérés comme des hermaphrodites qui possèdent aussi bien la puissance sexuelle du mâle que les tendances spécifiques de la femelle. Avec des doses plus élevées d'hormone, la puissance sexuelle mâle finit par disparaître et seules les manifestations sexuelles féminines persistent. On a alors les effets qu'on obtient chez les animaux castrés.

P.-E. MORHARDT.

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG

(Leipzig et Dresde)

M. Bücher. ***A propos de la calcification des artères périphériques chez l'homme*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXVI, n° 2, 15 Janvier 1934). — Dans l'artériosclérose des artères des extrémités, il faut selon B. distinguer trois sous-groupes différents par leur morphologie: la dégénérescence graisseuse de l'intima avec calcification secondaire ou athérosclérose, le dépôt primitif de chaux dans la musculeuse ou calcification de la média, la calcification de la lame élastique interne. B. dont les recherches ont porté sur 50 sujets pris au hasard, âgés de 7 à 78 ans, s'est proposé d'établir la fréquence respective de ces trois sous-types d'artériosclérose des vaisseaux périphériques, la fréquence relative avec laquelle les divers vaisseaux sont touchés, enfin l'influence éventuelle de l'âge, du sexe et de la profession.

8 sujets seulement étaient indemnes d'infiltration graisseuse ou de calcification des artères. Chez aucun des sujets touchés, l'athérosclérose ne se rencontrait à l'état isolé; elle s'associait 6 fois à la calcification de la lame élastique interne, 20 fois à cette dernière lésion et à de la calcification de la media combinées.

La calcification de la lame élastique interne est extrêmement fréquente (42 cas); 10 fois, elle existait isolément, sans atteinte concomitante de la media ni de l'intima. Elle se montre dès la puberté et se rencontre pratiquement dans tous les cas à partir de 50 ans. C'est donc une simple manifestation liée à l'âge, représentant une réaction des artères à l'ectasie sénile demeurant dans des limites physiologiques.

L'athérosclérose de l'intima et la calcification de la media sont des affections vasculaires régulières, conditionnées essentiellement par l'usure fonctionnelle coexistant avec un trouble de la nutrition plus ou moins prononcé. Ces deux processus peuvent exister isolément ou s'associer à des degrés divers; ils réalisent le tableau de l'artériosclérose.

L'athérosclérose de l'intima des vaisseaux périphériques dépend des mêmes conditions que l'athérosclérose banale de l'aorte. La calcification de la media est liée en partie à l'influence de la pesanteur, en partie aux exigences fonctionnelles des vaisseaux des extrémités richement pourvus d'éléments musculaires et enfin à des facteurs généraux.

La calcification de la media ne se rencontra jamais isolément; elle était associée soit à de la calcification de la lame élastique interne (6 fois), soit à cette dernière lésion et à de l'athérosclérose (20 fois). Elle commence par un dépôt de sels de chaux dans la substance interstitielle et le long des fibres élastiques.

La calcification de la media se rencontre le plus fréquemment au niveau de l'artère fémorale, moins souvent à la tibiale et à l'humérale, rarement à la radiale et à la dorsale du pied. L'athérosclérose de l'intima des vaisseaux des extrémités et la calcification de la lame élastique interne se trouvent avec une fréquence décroissante semblable.

B. n'a pas pu constater d'influence du sexe ni de la profession.

P.-L. MARIE.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

(Buenos-Aires)

J. Diez. ***La topoalgie continue paroxystique tabétique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 47, 12 Novembre 1933). — La topoalgie continue paroxystique, décrite par Sicard, se caractérise par une douleur bien localisée, d'une rare acuité au cours de ses paroxysmes.

Observation d'un malade de 50 ans. Topoalgie extrêmement douloureuse au niveau des articulations des dernières phalanges avec les derniers métacarpiens (dermatomes C8 et DI), avec exacerbations fréquentes, rebelles aux hypnotiques, lesquels restent incapables d'apporter plus d'une heure de sommeil.

Signe d'Argyll Robertson. Abolition des réflexes tendineux. Liquide céphalo-rachidien spécifique.

Devant l'échec de toutes les thérapeutiques médicales, l'on décide de recourir à la chirurgie antialgique. On pratique une première laminectomie, de C5 à D2, on sectionne les racines postérieures de C6 à DI. Après l'opération, les douleurs réapparaissent.

On opère une seconde fois. Cordotomie latérale droite. La topoalgie est définitivement réduite. Thermo-analgésie dans les domaines réticulaires intéressés.

L'auteur rappelle la description clinique de la topoalgie paroxystique. Manifestation peu fréquente du tabes, elle s'observe surtout dans les formes fixées, frappe constamment les extrémités distales. Les théories pathogéniques sympathiques sont contredites par l'observation rapportée : l'épine irritative siège au niveau du 2e neurone sensitif, la cordotomie antéro-latérale est donc l'intervention logiquement indiquée.

G. d'HEUCQUEVILLE.

J. Diez. ***La gangliectomie sympathique lombaire dans le traitement des paraplégies*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 49, 6 Décembre 1933). — L'auteur ajoute une nouvelle observation aux 4 cas qu'il avait publiés antérieurement.

C'est l'histoire d'une malade de 21 ans, souffrant de violentes douleurs en ceinture, qui présente bientôt un syndrome pottique complet : cyphose, paraplégie avec troubles sphinctériens. exagération des réflexes, signe de Babinski. Aggravation progressive de ces symptômes.

Opération sous anesthésie locale. Dissection de la chaîne sympathique lombaire, incluse dans un tissu scléreux, suivie d'exérèse.

Dès le lendemain, l'on observe des mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse. 1 mois après, la motilité active des membres inférieurs est redevenue normale. Toutefois les muscles se fatiguent très rapidement, et la fatigue fait réapparaître partiellement les phénomènes spastiques.

La gangliectomie ne saurait modifier les lésions osseuses. Agit-elle donc en supprimant l'innervation sympathique hypothétique des muscles, innervation qui règlerait le tonus et serait nécessaire à l'hypertonie ? D. discute cette explication. Il estime plus vraisemblable que la gangliectomie mette fin à l'ischémie médullaire, décrite par certains auteurs dans les compressions de la moelle. En faveur de cette théorie vasculaire plaide le fait que les hémorragies menstruelles, déterminant une certaine chute de tension artérielle, fassent réapparaître, chez la malade opérée, comme la fatigue, les phénomènes spasmodiques.

L'auteur montre comment les compressions de la moelle, comprimant tout d'abord les vaisseaux, peuvent produire, par ischémie, des dégénérescences cellulaires. La gangliectomie rétablit la circulation normale. Elle est cependant contre-indiquée dans les rétrécissements trop considérables du canal rachidien, dans les paraplégies en flexion.

G. D'HEUCQUEVILLE.

J. C. Galan et R. A. Poletti. ***Abcès du poumon guéri par l'alcool intraveineux*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 50, 13 Décembre 1933). — Les injections intraveineuses d'alcool, préconisées dans les septicémies, ont été utilisées avec succès dans les broncho-pneumonies et les gangrènes pulmonaires. On emploie une solution à 33 p. 100 d'alcool absolu. L'alcool exerce, non un effet stimulant général, mais une action nettement élective sur le parenchyme pulmonaire.

Les auteurs publient l'observation d'une malade de 32 ans, qui, à la suite d'un accident ayant contusionné l'épaule, présente une toux pénible, des hémoptysies, une expectoration purulente. Etat sub-fébrile. Exagération des vibrations avec bronchophonie, pectoriloquie aphone dans le lobule supérieur droit.

Pneumocoques dans les crachats. Polynucléose. La radiographie montre une ombre suspendue à la partie supérieure de l'hémithorax droit.

L'état général s'aggravant, on entreprend des injections intraveineuses d'alcool, successivement de 10, 20, 30, 40, 50 cmc. La fièvre s'abaisse, l'ombre radiologique s'éclaircit.

Cette méthode a évité à la malade la cure chirurgicale, laquelle, selon Sergent, serait nécessaire dans 75 pour 100 des cas, proportion des non-réparations spontanées.

G. D'HEUCQUEVILLE.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

A. Buzzo et **R. E. Carratala.** ***L'association nitrite d'amyle-hyposulfite de soude dans le traitement de l'intoxication déterminée par le cyanure de potassium*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 49, 7 Décembre 1933). — B. et C. avaient établi la supériorité de l'hyposulfite de soude dans le traitement de l'intoxication déterminée par le cyanure. L'association avec le nitrite de soude leur avait donné des résultats encourageants. Le nitrite d'amyle, d'autre part, avait été déjà utilisé avec succès.

B. et C. associent l'hyposulfite de soude et le nitrite d'amyle. Ils administrent l'hyposulfite en injections intra-veineuses, le nitrite d'amyle en inhalations pendant une fraction de minute.

Le nitrite d'amyle donne, avec l'acide cyanhydrique et la méthémoglobine en formation en présence de l'hyposulfite de soude, un composé fixe, cyano-méthémoglobine.

La méthode permet de sauver des animaux ayant reçu 18 doses mortelles.

G. d'Heucqueville.

R. C. Aguirre et **J. L. Araoz.** ***Tachypnée paroxystique de décubitus par adéno-médiastinite tuberculeuse*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 50, 14 Décembre 1933). — Observation d'une enfant de 9 ans qui, à la suite d'une rougeole, présente de la toux et des douleurs précordiales. Tachypnée discrète en position assise, qui s'exagère considérablement dans le décubitus. Au contraire, le pouls, de 120 en position assise, se ralentit jusqu'à 78 en position couchée. Râles sous-crépitants para-sternaux et para-vertébraux.

L'inconstance des douleurs, la banalité des signes d'auscultation, confèrent à ce syndrome des caractères insolites.

A. et A. en approfondissent la pathogénie. Ils les rattachent à un dérèglement des appareils nerveux cardiaque et respiratoire, en rapport avec des excitations périphériques du vague. Le phrénique et le sympathique ne semblent pas en cause.

La radiographie montre, avec une image de pleurite médiastinale, de nombreuses masses ganglionnaires, opacifiées et calcifiées, comprimant vraisemblablement les terminaisons nerveuses.

Revue des cas analogues de la littérature, dans lesquels ont été invoquées des actions réflexes à départ ganglionnaire. Barèty avait écrit déjà, à propos d'une observation très semblable: « les ganglions semblent, dans le décubitus, peser sur les voies aériennes ».

G. d'Heucqueville.

M. M. Gallino et **A. A. Gallino.** ***La röntgenthérapie des tumeurs de l'hypophyse*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 50, 14 Décembre 1933). — La rœntgenthérapie, détruisant les tumeurs hypophysaires, réduit les symptômes en rapport avec l'hypertension intra-cranienne (céphalées, somnolence); elle reste impuissante à régénérer la selle turcique et les voies optiques, atteintes de lésions définitives.

L'irradiation est facilitée par la position centrale de l'hypophyse au centre géométrique du crâne, permettant de conduire les rayons par de nombreuses voies convergentes. D'autre part, le tissu cérébral traversé, hautement différencié, est peu sensible aux rayons.

G. et G. apportent 2 observations. La première est l'histoire d'un malade de 39 ans, dont la vue baissait progressivement. La radiographie montre la destruction de la selle turcique. Le diagnostic aussitôt posé, on pratique 8 séries successives d'irradiations, d'une dose totale de 13.440 R en superficie, 4.325 R en profondeur. Les céphalées disparaissent dès la première série. La réduction du champ et de l'activité visuels sont atténués. Guérison acquise sous cette réserve.

2° Observation superposable à la précédente. Céphalées. Destruction de la selle turcique. Affaiblissement de la vue de l'œil gauche. 2 séries d'irradiations (13.000 R en surface, 3.792 R en profondeur). Guérison sauf affaiblissement résiduel de la vue.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

J. Diaz, Diaz Rubio et **M. Banon.** ***La glycémie et la lactacidémie adrénaliniques dans les maladies de foie*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. XXXVI, n° 48, 2 Décembre 1933). — La masse monumentale des travaux antérieurs sur la question peut se résumer dans les propositions suivantes: 1° Le foie est indispensable à la production de l'hyperglycémie adrénalinique. 2° Il existe une relation entre les réserves hydrocarbonées et l'hyperglycémie adrénalinique. 3° L'adrénaline libère les réserves hépatiques préexistantes. 4° Quand les réserves du foie sont épuisées, l'adrénaline les reconstitue aux dépens des réserves musculaires.

L'acide lactique, formé dans les muscles, se porte en effet au niveau du foie, où il reconstitue le glycogène épuisé. L'hyperlactacidémie adrénalinique est l'expression de cette mobilisation. Ainsi s'explique que, chez les sujets normaux, l'adrénaline déclanche, avec la vague hyperglycémique, une hyperlactacidémie compensatrice, d'origine musculaire. Les deux courbes, à l'état normal, demeurent parallèles.

Chez les insuffisants hépatiques, le parallélisme est rompu. La lactacidémie s'élève dans l'heure qui suit l'injection d'adrénaline. Mais l'hyperglycémie reste très minime et tardive.

Cette épreuve, qui s'est montrée fidèle chez 14 hépatiques, paraît jouir d'une haute valeur diagnostique et pronostique.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

F. W. Hartman. ***Méthodes destinées à augmenter les constituants de l'urine dans l'organisme; résultats constatés*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. LVIII, n° 6, Décembre 1933). — Pour aborder le problème de l'étiologie et de la progressivité de l'insuffisance rénale chronique, il semble plus avantageux, au lieu de réduire la quantité de tissu rénal par une opération ou par les rayons X, d'augmenter les produits d'excrétion normaux dans l'organisme tout en laissant l'organe excréteur dans son état normal. C'est ce qu'a fait H. qui indique ici divers procédés opératoires permettant de réaliser cet excès de produits excrémentitiels. Il a eu recours soit à l'urétéro-duodénostomie associée à la radiothérapie pénétrante du rein non anastomosé pour prévenir son hypertrophie compensatrice, soit à l'anastomose entre la vessie et la portion moyenne de l'iléon, soit à des modifications de cette méthode permettant d'éviter l'infection provenant de l'intestin, soit encore simplement à l'injection dans une anse intestinale isolée d'urine humaine concentrée.

Ces divers procédés aboutissent tous à la production d'altérations et de troubles fonctionnels du rein très comparables. On constate une dégénérescence granuleuse, vacuolaire et graisseuse des tubuli, de la dilatation des capillaires et la transformation hyaline des glomérules pendant les premiers stades et dans les cas bénins. Ultérieurement et dans les cas plus graves, il se produit une dégénérescence vacuolaire diffuse de l'épithélium, de l'atrophie des tubuli, de l'épaississement de la capsule de Bowman, une exsudation dans l'espace capsulaire, de l'atrophie du bouquet glomérulaire, toutes lésions qui ne peuvent être attribuées qu'à la réabsorption lente et prolongée des constituants de l'urine.

Quand on augmente rapidement et fortement ces constituants dans l'organisme en injectant dans l'anse isolée de grosses quantités d'urine concentrée, on provoque une destruction aiguë du parenchyme rénal et souvent hépatique, comparable à celle que réalise l'intoxication par le sublimé.

Les lésions dégénératives constatées chez les animaux à pôle supérieur du rein mis à l'abri de l'action des rayons X présentant de la néphrite à la suite des irradiations et celles que l'on rencontre chez l'homme au niveau des portions non cicatricielles des reins atteints de néphrite chronique expliquent le caractère progressif de l'affection et l'insuffisance rénale terminale; elles doivent logiquement être mises sur le compte du taux anormal des produits d'excrétion dans l'organisme.

P.-L. Marie.

M. Dick. ***La réponse aux gains et aux soustractions de sang; accoutumance aux excès d'hémoglobine*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. LVIII, n° 6, Décembre 1933). — D. a étudié chez le lapin les effets provoqués par l'augmentation ou la diminution très graduelles de l'hémoglobine circulante.

Contrairement à ses prévisions, il a vu que, lorsque l'hémoglobine est accrue au moyen de l'injection quotidienne d'une petite quantité (1 à 4 cmc) de sang compatible pendant plusieurs semaines, l'activité des tissus hématopoïétiques ne baisse pas. Le taux de l'hémoglobine augmenta peu à peu considérablement, même quand on n'injecta que le 1/100 de la masse sanguine initiale de l'animal; dans quelques cas, on put vraiment parler de surabondance à laquelle contribuait de façon évidente l'animal lui-même grâce à son activité hématopoïétique persistante.

Les résultats furent très différents quand on vint à soustraire quotidiennement aux lapins la petite quantité de sang qui avait été transfusée aux autres animaux. La moelle osseuse déploya alors une activité anormale qui persista sans faiblir durant toute la longue période des saignées. Ainsi, l'organisme est bien plus susceptible aux pertes de sang qu'aux accroissements de sang de même importance, fait qui n'est guère surprenant si l'on considère que l'organisme normal n'a affaire qu'à des pertes accidentelles d'hémoglobine, mais presque jamais à un excès de pigment.

Les lapins chez lesquels on augmente très graduellement l'hémoglobine par l'injection de sang étranger acquièrent une telle accoutumance à l'abondance de pigment qu'il suffit d'une baisse même légère pour déterminer une suractivité anormale du tissu hématopoïétique destinée à maintenir le nouveau niveau. Des arguments de valeur permettent d'attribuer l'accoutumance qui se manifeste ainsi à des réajustements dans le fonctionnement des mécanismes physiologiques interposés entre la demande en oxygène et la réponse hématopoïétique. On n'a pas jusqu'ici accordé assez d'attention au rôle de ces mécanismes.

P.-L. Marie.

C. D. Johnson et **E. W. Goodpasture.** ***Recherches sur l'étiologie des oreillons*** (*The Journal of experimental Medicine*, t. LIX, 1[er] Janvier 1934). — J. et G. croient avoir trouvé l'agent causal des oreillons. Ils ont isolé de la salive de malades récemment atteints un agent infectieux ayant les caracté-

ristiques d'un virus filtrant cytotrope, doué d'une grande affinité pour l'épithélium glandulaire des parotides du *Macacus rhesus*. Ce virus, qui ne se rencontre pas dans la salive normale, ne renferme pas de microorganismes décelables par les procédés habituels ni de spirochètes; il résiste à la dessiccation et à l'action de la glycérine; il détermine une lésion caractérisée par une dégénérescence et une nécrose des cellules de la parotide; enfin il confère l'immunité.

La maladie expérimentale chez les singes inoculés par le canal de Sténon est analogue aux oreillons de l'homme. Les lésions histologiques de la parotide sont très comparables à celles de l'orchite ourlienne humaine. Les expériences de neutralisation du virus par le sérum de sujets immunisés à l'égard des oreillons n'ont pas donné de résultats concluants, néanmoins elles tendent à indiquer que ces sérums exercent une action inhibitrice sur le virus.

J. et G. ont éliminé toute possibilité de confusion avec le virus herpétique (résultat négatif des inoculations cutanées, cornéennes et intra-cérébrales chez le lapin), et avec les autres virus connus, virus vaccinal en particulier. P.-L. Marie.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

J. F. Weir et **M. W. Comfort.** ***Cirrhoses toxiques dues à l'atophan*** (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 5, Novembre 1933). — Bien que l'atophan se soit acquis une place justifiée en thérapeutique, l'apparition assez fréquente de manifestations toxiques, cutanées, anaphylactoïdes, gastro-intestinales, cardiaques, rénales ou hépatiques, à la suite de son emploi, commande une grande prudence. Parmi ces complications, la cirrhose toxique est la plus souvent signalée. W. et C. en ont relevé 117 cas avec 61 décès et avec des accidents graves chez la plupart des autres malades. Ils en rapportent 14 cas observés à la clinique Mayo. Il est certain que bien des cas n'ont pas été publiés et que beaucoup n'ont pas été rattachés à leur cause véritable. On ne sait pas assez qu'il existe des cas de cirrhose sans ictère (W. et C. en relatent 3 cas) et qu'il y a d'autres manifestations toxiques qui peuvent précéder ou accompagner une atteinte hépatique ne se traduisant pas par de la jaunisse. Si tous les cas étaient reconnus, on accorderait plus d'attention au problème de la toxicité de l'atophan. Aucune des modifications de l'atophan récemment proposées n'est dénuée de toxicité. C'est le radical quinoline qui doit être incriminé. La dose administrée n'a relativement que peu d'importance: on a vu des symptômes toxiques avec 3 gr. 60 donnés en 5 semaines comme avec 480 gr. donnés en 4 mois. On a publié des cas mortels après une très petite quantité de médicament, ce qui fait supposer une idiosyncrasie primitive. Dans d'autres cas, l'hypersensibilité semblait acquise. L'usage de l'atophan dans le traitement des ictères est, en particulier, loin d'être inoffensif.

Les symptômes toxiques initiaux sont le plus souvent gastro-intestinaux: anorexie, nausées, vomissements, parfois brûlures d'estomac, diarrhée. On note assez souvent du prurit, de l'urticaire, de l'asthme avant le début de l'ictère et ces symptômes doivent toujours faire suspendre l'atophan. Les symptômes de la cirrhose constituée se confondent dans les cas mortels avec ceux de l'atrophie jaune aiguë ou subaiguë relevant d'autres causes, dans les cas non mortels avec le tableau de l'ictère catarrhal ou des hépatites toxiques d'autre origine. Il importe de ne pas confondre cet ictère avec des ictères de cause chirurgicale, car l'intervention est souvent mortelle au cours des cirrhoses dues à l'atophan.

Histologiquement, la cirrhose due à l'atophan se caractérise par une nécrose relativement rapide et l'autolyse du parenchyme hépatique aboutissant à l'atrophie du foie, par une augmentation relative du tissu conjonctif résultant de la disparition du parenchyme sans grande réaction proliférative du côté de la charpente conjonctive ni du système vasculaire du foie et par un processus de régénération en rapport avec la durée de la survie et se traduisant par de l'hyperplasie nodulaire aux dépens des parties épargnées par la nécrose initiale.

Le pronostic est grave. Un ictère accusé et persistant, la diminution de volume du foie, les troubles psychiques, l'ascite et la tendance aux hémorragies ont une signification fâcheuse. La guérison semble pouvoir être complète.

Le traitement doit être à la fois préventif (délivrance du médicament exclusivement sur ordonnance, surveillance médicale pendant la cure, dépistage des moindres signes d'hypersensibilité, abstention de l'atophan chez les hépatiques et les sujets en état de mauvaise nutrition, pauses intercalées dans le traitement, régime riche en hydrates de carbone) et curatif (injection de glycose et de lactate de soude, lactate de calcium par la bouche et par tubage duodénal, extrait hépatique et à l'occasion insuline).

P.-L. Marie.

E. M. Landis et **J. H. Gibbon.** ***Méthode simple pour produire la vaso-dilatation des membres inférieurs; son utilité dans les recherches sur les affections vasculaires périphériques*** (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 5, Novembre 1933). — Les acquisitions nouvelles en matière de chirurgie du sympathique rendent des plus nécessaire une méthode pour savoir précocement dans les affections vasculaires des membres inférieurs si la diminution de l'apport sanguin est due à un simple spasme artériel ou à une lésion oblitérante des vaisseaux.

L. et G. ont vu qu'en immergeant les avant-bras pendant 35 minutes dans de l'eau chauffée à 45°, il se produit normalement de la vasodilatation aux membres inférieurs et une élévation de la température superficielle dépassant 31° au thermomètre électrique. Ils ont étudié cette réaction vasomotrice chez 24 malades offrant des signes cliniques d'affection vasculaire périphérique.

Chez 7 malades présentant de la douleur, du refroidissement et de la cyanose des membres inférieurs, la température dépassa 32°, ce qui exclut la possibilité de lésions oblitérantes des artères en tant que cause de la diminution de la vascularisation des membres inférieurs.

Chez 14 patients atteints de thrombo-angéite ou d'artériosclérose intéressant les membres inférieurs, cette méthode mit en évidence divers degrés d'occlusion organique et de spasme.

Chez 8 des 13 malades présentant une réponse anormale, les résultats furent comparés à ceux donnés par d'autres méthodes proposées pour produire de la vasodilatation, injection intraveineuse de vaccin typhique, rachianesthésie et anesthésie du nerf tibial postérieur. Chez 7 de ces patients, les réponses obtenues de ces diverses façons furent concordantes; chez un artérioscléreux, le réchauffement des avant-bras ne fut pas suivi de vasodilatation alors que l'anesthésie du nerf tibial postérieur montra que les vaisseaux étaient capables d'une dilatation limitée.

Chez 3 sujets présentant de l'acrocyanose des membres inférieurs, la réponse vasodilatatrice au réchauffement des avant-bras fut anormale tandis que l'anesthésie du nerf tibial postérieur produisait des élévations un peu lentes, mais complètes de la température cutanée. L. et G. attribuent cette anomalie à ce que le spasme vasculaire périphérique est plus difficile à relâcher dans l'acrocyanose ainsi que dans la maladie de Raynaud par suite d'une hypersensibilité locale au froid, facteur qui n'existerait que rarement dans la thrombo-angéite oblitérante et dans l'artériosclérose. Mais ces résultats anormaux ne peuvent guère occasionner de confusions, l'histoire et l'examen clinique des malades suffisent le plus souvent à différencier la maladie de Raynaud et l'acrocyanose.

Les avantages de la méthode de L. et G. sont la simplicité et l'absence de tout inconvénient pour les malades. Si la température des orteils dépasse 31°5, on peut affirmer qu'il n'y a pas d'affection oblitérante des artères du membre inférieur; si elle n'atteint pas ce degré, il y a de grandes chances d'occlusion artérielle organique. Avec un local à température contrôlée, le degré approximatif de l'obstruction organique est indiqué par la différence entre 31°5 et la température maximum atteinte. Pour avoir une certitude absolue dans le diagnostic de l'oblitération artérielle organique, les réponses anormales données par cette méthode doivent être confirmées par d'autres procédés de vasodilatation périphérique.

P.-L. Marie.

J. Van Duyn. ***Anémie macrocytaire au cours des affections du foie*** (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 6, Décembre 1933). — On a déjà signalé l'existence d'une formule sanguine macrocytaire, caractérisée par l'augmentation de la taille des globules rouges et leur surcharge hémoglobinique, rappelant celle de l'anémie pernicieuse, dans les cirrhoses du foie (Babonneix et Tixier, Gamna, etc.). D. rapporte ici 3 cas de cette association d'une hépatite chronique de type cirrhotique à une anémie de ce genre. Dans les deux premiers, un taux élevé d'hémoglobine fut trouvé pendant toute une période de l'anémie; dans le troisième, l'augmentation de taille des hématies ne fut notée que tardivement. Dans ces 3 cas, il n'existait que peu d'anisocytose et de poïkilocytose. Tous les malades avaient de l'acide chlorhydrique libre dans leur suc gastrique. L'affection hépatique fut vérifiée dans deux cas par l'autopsie.

En consultant les observations de l'hôpital, D. a pu relever l'existence d'une anémie coexistant avec un taux d'hémoglobine élevé dans 5 cas sur 28 de cirrhose hépatique.

D. envisage le rôle du foie dans la fonction hémopoïétique, et spécialement dans la production des anémies macrocytaire et mégaloblastique. Il conclut que ce rôle, encore difficile actuellement à prouver, est néanmoins vraisemblable.

Il indique ensuite les divers états morbides qui s'accompagnent d'une formule pernicieuse: maladies caractérisées par des troubles gastro-intestinaux, telles que anémie pernicieuse, sprue, pellagre, maladies caractérisées par une hémolyse exagérée, telles que l'anémie bothriocéphalique, l'anémie hémolytique de la grossesse et de certains cancers digestifs. Il place ensuite en parallèle les états où l'on rencontre une anémie macrocytaire dans lesquels une affection hépatique occupe une place prépondérante. Ce sont l'érythroblastose fœtale, la syphilis congénitale, l'anémie infantile pseudoleucémique, états où le foie semble avoir conservé ou repris sa fonction embryonnaire; puis l'intoxication par l'hydrogène arsénié et les hépatites de type cirrhotique, états où la fonction du foie est gravement altérée.

On peut tirer parti de ces constatations hématologiques; il y a lieu de suspecter une affection hépatique quand on trouve une anémie macrocytaire en présence d'acide chlorhydrique libre dans le contenu gastrique. D'autre part, ce type d'anémie accompagnant une ascite pourrait contribuer à établir l'origine hépatique de l'ascite.

P.-L. Marie.

H. S. Diehl et **M. B. Hesdorffer.** ***Modifications survenues dans la pression artérielle de jeunes***



hommes suivis durant 7 années (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 6, Décembre 1933). — Diverses études sur la pression artérielle ont montré que la plupart des élévations de la pression observées chez les sujets jeunes sont transitoires et dues en grande partie à la nervosité du sujet et à son excitation au moment de l'examen. On peut se demander si ces élévations passagères ou répétées ne surmènent pas l'appareil cardio-vasculaire, déterminant ainsi à la longue une hypertension persistante.

Pour élucider cette question, D. et H. ont suivi pendant une période de 5 à 10 ans la pression systolique de 155 jeunes étudiants, âgés en moyenne de 19 ans, lors des premiers examens. Les résultats de leurs recherches indiquent que les jeunes hommes, qui présentent une élévation de la pression persistante, intermittente ou même transitoire, sont plus sujets à avoir une pression élevée au bout d'une période de 5 à 10 ans que ceux dont la pression est restée constamment dans les limites normales durant leur séjour à l'Université. De plus, l'étude statistique montre que plus est grand le degré ou la fréquence de l'élévation de la pression dans les jeunes années, et plus est grande la probabilité de présenter plus tard une pression artérielle élevée.

P.-L. Marie.

W. Allan. ***L'hérédité dans l'hypertension*** (*Archives of internal Medicine*, t. LII, n° 6, Décembre 1933). — On fait communément jouer un grand rôle au facteur hérédité dans l'hypertension en se basant sur les arguments suivants : 1° existence de familles où un pourcentage élevé de leurs membres dans plusieurs générations ont succombé à une affection cardio-vasculaire hypertensive, ce à quoi l'on peut objecter qu'il y a peu de temps encore on considérait pour la même raison la phtisie comme héréditaire; 2° apparition, dans l'histoire d'une majorité de familles, de maladies cardio-vasculaires hypertensives avec une fréquence notable à chaque génération successive, compte tenu naturellement de la grande fréquence de la maladie dans la population générale.

Mais, si l'on veut prouver quelque chose en matière d'hérédité humaine, il faut nécessairement recourir aux méthodes statistiques et analyser les faits du point de vue génétique. C'est ce qu'a fait A. dont les chiffres laissent penser que les maladies cardio-vasculaires hypertensives constituent un caractère héréditaire dominant; toutefois, A. juge les cas trop peu nombreux encore, bien que ses recherches soient basées sur l'étude de 480 hypertendus ayant des antécédents héréditaires directs d'accidents liés à l'hypertension et de 337 familles dont 121 présentent une histoire d'hypertension chez le père et chez la mère, pour pouvoir émettre des conclusions définitives.

P.-L. Marie.

E. C. Eppinger et **S. A. Levine.** ***Considérations cliniques sur l'angine de poitrine et son pronostic*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 1, Janvier 1934). — L'étude de E. et L. est basée sur 141 cas mortels d'angine de poitrine observés en clientèle dans lesquels le diagnostic était certain et la date du début bien précisée. Ils ont spécialement recherché l'influence de la tension artérielle, du sexe, de la date du début quant au pronostic.

Parmi leurs patients se trouvaient 111 hommes et 30 femmes (4: 1). L'âge moyen du début fut chez les hommes de 56 ans, chez les femmes de 58 ans. La durée moyenne de la maladie fut de 4 ans 1/2 chez les uns et les autres, les chiffres extrêmes étant de quelques semaines à 23 ans. L'âge moyen de la mort fut de 60 ans chez les hommes, de 62 chez les femmes. La pression artérielle se montra assez différente dans les deux sexes, étant de 15 en moyenne pour la systolique et de 9 pour la diastolique chez les hommes tandis qu'elle était respectivement de 19 et 10,2 chez les femmes. Fait important, bien qu'il y eût 46 hommes ayant une pression systolique inférieure à 14, on ne rencontra pas une femme présentant ce chiffre; cette rareté des pressions normales ou basses chez les femmes atteintes d'angine de poitrine est très utile à connaître pour le diagnostic. La comparaison des malades ayant de l'hypertension avec ceux ayant une pression normale montre que dans cette dernière catégorie la maladie débuta 4 ans plus tard et dura un peu plus longtemps, et que l'âge du décès fut inférieur de 3 ans environ.

Si l'on compare les cas d'accès angineux survenant au repos avec ceux où les accès se produisaient presque toujours à l'occasion d'efforts, on voit que la durée de la vie après le début de la maladie, l'âge de la mort et les chiffres de pression artérielle ne présentent que des différences insignifiantes pour les deux catégories.

Le facteur héréditaire joue un grand rôle: les malades dont les parents vécurent jusqu'à un âge moyen inférieur à 60 ans moururent 5 ans plus tôt que ceux dont les parents dépassèrent 70 ans. On constate également que la fragilité vasculaire est transmise davantage par les femmes que par les hommes.

En ce qui concerne les rapports de l'angine de poitrine et de la décompensation cardiaque, on note que souvent la première ne disparut pas avec le développement de la seconde. La présence de l'hypertension favorisa la production d'hyposystolie; toutefois, la durée de vie fut plus longue d'une année chez les sujets présentant de l'hypertension que chez les autres. La fréquence de l'hypertension chez les femmes explique la plus grande fréquence chez elles de la décompensation cardiaque.

Chez les sujets qui guérirent d'une thrombose coronarienne intercurrente, la durée de la vie après cet épisode fut de 3 ans et demi environ dans les deux sexes.

L'obésité semble dépourvue d'influence sur l'âge du début et sur la durée de la maladie.

Parmi 104 malades qui eurent des électro-cardiogrammes, 20 présentèrent des courbes essentiellement normales, et, chez eux, la durée de la maladie fut d'une année plus longue, mais ces sujets moururent plus tôt que la moyenne des malades considérés en bloc ou que ceux ayant des tracés anormaux. La durée de la vie après le début de l'angine fut inférieure d'une année chez ceux ayant une onde T inversée en dérivation I et II.

Près de la moitié des malades moururent subitement; un tiers succombèrent à de la thrombose coronarienne; la plupart des morts subites relevaient de ce mécanisme; un peu moins d'un dixième moururent par asystolie.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (New-York)

A. J. Quick. ***Une nouvelle épreuve de la fonction hépatique, la synthèse de l'acide hippurique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 5, Mai 1933). — Une des plus importantes fonctions du foie est la détoxication des substances nocives ingérées ou produites dans le tube digestif. Parmi les processus de détoxication, ceux de conjugaison sont spécialement intéressants car, non seulement l'organisme les met en œuvre pour une grande variété de substances, mais parce qu'ils présentent des rapports étroits avec diverses fonctions physiologiques normales. La conjugaison de l'acide benzoïque avec la glycine pour former de l'acide hippurique est le mieux connu de ces mécanismes de détoxication, mais la clinique ne lui a guère prêté attention.

La synthèse de l'acide hippurique a lieu vraisemblablement dans le foie chez l'homme comme chez le lapin. De plus, son degré dépend de la vitesse avec laquelle l'organisme fournit de la glycine, acide aminé qui est élaboré dans le foie par synthèse. Q. a pensé que certaines lésions hépatiques pourraient gêner cette synthèse et par suite diminuer l'excrétion de l'acide hippurique. Partant de cette idée, il propose une nouvelle épreuve de la fonction hépatique.

Il fait prendre 5 gr. 9 de benzoate de soude dissous dans 30 cmc d'eau 1 heure avant le petit déjeuner (café, pain grillé, un demi-verre d'eau). Sitôt après la prise du médicament, le patient vide sa vessie, puis il urine toutes les heures pendant 4 heures, et dans chaque échantillon on dose l'acide hippurique. Chez l'adulte normal l'excrétion de l'acide benzoïque sous forme d'acide hippurique est de 1 gr. ou plus durant la 2° et la 3° heures, le total des 4 heures étant de 3 gr. à 3 gr. 50.

Q. a constaté une diminution de l'excrétion de l'acide hippurique dans la cirrhose syphilitique, l'ictère catarrhal et les ictères par obstruction d'assez longue durée. Les résultats furent normaux dans la cholécystite et dans 2 cas de cirrhose portale. Les résultats obtenus indiquent que cette épreuve permet d'évaluer l'étendue des lésions hépatiques, et qu'elle constitue un appoint de valeur dans le diagnostic des affections hépatiques. La synthèse de l'acide hippurique mesurant un des mécanismes de protection de l'organisme, l'épreuve pourra servir à guider le chirurgien dans le choix de l'anesthésie et au médecin pour éviter l'administration de médicaments toxiques pour le foie tels que les arsénobenzènes et l'atophan.

P.-L. Marie.

A. Winkelstein. ***Un nouveau traitement de l'ulcère peptique : le goutte-à-goutte stomacal continu de lait alcalinisé*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXV, n° 5, Mai 1933). — W. souligne l'importance du facteur acidité dans la pathogénie et la thérapeutique de l'ulcus gastrique. Le système nerveux, et le vague en particulier, interviennent largement dans la production de l'hyperchlorhydrie chez les ulcéreux; l'apparition d'hyperchlorhydrie ou de symptômes d'ulcère à la suite des chocs psychiques, les courbes très élevées d'acidité observées chez les ulcéreux lors des repas fictifs, etc., attestent que les excitations nerveuses sont excessives chez ces malades. De plus, W. attire l'attention sur les courbes d'acidité qu'ils présentent pendant la nuit.

Aussi une thérapeutique réalisant un état d'alcalinisation chronique semble-t-elle avant tout désirable dans l'ulcus. Dans ce but, W. a employé le goutte-à-goutte stomacal continu de lait alcalinisé (3 litres+15 gr. de bicarbonate de soude par 24 heures) au moyen du tube de Rehfuss, laissé en permanence. Avec un peu d'habitude, le patient tolère bien le tube; les sédatifs nerveux sont souvent nécessaires. L'atropine est un bon adjuvant. Le goutte-à-goutte est continué sans interruption pendant 2 à 3 semaines. A ce moment, on se contente de le faire pendant la nuit.

W. a traité ainsi 42 ulcères gastriques, duodénaux ou jéjunaux, avec le plus grand succès, sauf dans un cas. Les signes radiologiques ont souvent disparu.

P.-L. Marie.

P. J. Fouts, O. M. Helmer et **L. G. Zerfas.** ***Formation d'une substance hématopoiétique dans le suc gastrique humain concentré*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 1, Janvier 1934). — Ederlé et Gönsslen ont

montré l'efficacité des injections d'extrait de muqueuse gastrique de porc dans l'anémie pernicieuse. Morris a vu que de petites quantités de suc gastrique humain normal injectées dans les muscles n'ont pas d'effet, mais que ce même suc très concentré dans le vide provoque une réponse réticulocytaire intense chez ces malades; il attribue cette action à une substance thermolabile, dialysable, susceptible d'être extraite, contenue dans le suc gastrique concentré et qu'il considère comme une hormone.

P., H. et Z. ont essayé de séparer ce principe actif du suc gastrique des ferments déjà connus, pepsine et lab, au moyen de l'ultrafiltration, mais ils ont échoué tant que le suc gastrique n'avait pas été concentré au préalable par distillation dans le vide à 40° ou qu'il n'avait pas été d'abord soumis à un séjour de deux mois à la glacière. Ils se sont ainsi rendu compte qu'il fallait qu'une certaine modification se soit produite dans le suc gastrique frais avant qu'on pût y démontrer la présence d'un agent hématopoïétique actif.

P., H. et Z. discutent les mécanismes qui peuvent intervenir dans cette modification présentée par le suc gastrique. Rejetant l'hypothèse d'une activation d'une hormone gastrique, ils pensent qu'il s'agit soit de l'action du « facteur intrinsèque » de Castle sur un facteur extrinsèque présent dans le suc gastrique, soit de la production d'une substance toxique, comparable par exemple à la phénylhydrazine, qui produirait la réponse hématopoïétique en irritant la moelle osseuse ou en provoquant une destruction sanguine.

P.-L. Marie.

A. G. Quick. ***Nature allergique probable de l'intoxication par l'atophan*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 1, Janvier 1934). — Divers cliniciens ont souligné la similitude existant entre l'intoxication par l'atophan et les réactions allergiques. Récemment Short et Bauer ont insisté sur les réactions allergiques déterminées par ce médicament: exanthèmes de type polymorphe, apparition d'œdème, fréquence de la fièvre, troubles vaso-moteurs accusés, caractère généralement acquis de l'hypersensibilité.

L'atophan étant capable de déterminer toutes les variétés connues de réactions allergiques, Q. trouve logique d'assimiler l'atrophie jaune aiguë du foie qu'il produit à un phénomène d'Arthus hépatique, d'autant plus que l'on rencontre chez beaucoup de ces malades des manifestations antérieures d'hypersensibilité; très significatif aussi est le fait que l'on a observé des lésions hépatiques intenses avec des doses relativement faibles de médicament, alors que de fortes doses prises pendant longtemps ne semblent pas causer d'altérations notables. L'atophan peut d'ailleurs déterminer d'autres lésions viscérales du même type, des pancréatites aiguës en particulier. Le fait que les substances telles que l'atophan ne donnent pas de cuti-réactions, de réaction de précipitation ni de réaction de Prausnitz chez les sujets sensibilisés ne constitue pas d'objections sérieuses à la conception de Q.; en effet, ces réactions ne semblent pas dues à l'atophan, mais à un dérivé résultant des transformations qu'il subit dans l'organisme.

Admettant la nature allergique des effets secondaires du médicament, A. formule quelques précautions concernant son administration: nécessité d'un contrôle médical permanent pendant le traitement; mise en garde des patients vis-à-vis des premiers symptômes d'intolérance (urticaire, perte de l'appétit, nausées, céphalée, étourdissements); éviter de donner de grosses doses avec des pauses intercalaires; renoncer à l'atophan chez les sujets ayant eu de l'asthme ou du rhume des foins ou hypersensibles aux protéines étrangères, proscrire l'usage simultané d'atophan et de protéines étrangères par voie parentérale (lait, vaccins), ainsi que des iodures; s'abstenir de l'atophan en injections intraveineuses; ne pas donner d'atophan quand on soupçonne des lésions du foie.

Le traitement de l'atrophie jaune aiguë consiste à combattre le shock et la toxémie résultant de la résorption du tissu nécrosé et à parer à l'insuffisance hépatique due à la nécrose du parenchyme (injections de glycose, gluconate de calcium par voie veineuse ou musculaire, extrait de foie, régime pauvre en graisses et en protéines, gélatine).

En terminant, Q. relate 2 cas d'hépatite due à l'atophan sans ictère concomitant terminés par guérison, grâce au diagnostic étiologique précoce qui fut fait.

P.-L. Marie.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA

(Bologne)

Cesare de Fermo (Turin). ***Hypophyse et tumeurs malignes. Le comportement de la réaction de Aschheim et Zondek dans les blastomes*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, vol. XXXIII, fasc. 6, Juin 1933). — Au cours de recherches portant sur 72 sujets porteurs de tumeurs malignes, C. de F. a trouvé la réaction de Aschheim et Zondek constamment négative pour le prolan B et positive dans 43 pour 100 des cas pour le prolan A.

Ce résultat positif de la réaction pour le prolan A fut de 71,8 pour 100 pour les tumeurs de siège génital, et de 20 pour 100 pour celles de siège extra-génital. La réaction a été constamment négative dans les kystomes ovariens bénins, tandis que dans les fibro-myomes de l'utérus, elle fut positive pour le prolan A dans 42,8 pour 100 des cas.

Discutant la signification biologique des faits observés, il conclut que la positivité de la réaction pour le prolan A est à retenir au moins en partie comme l'expression d'un hypofonctionnement sexuel, déterminant une augmentation de l'activité hormonale de la pré-hypophyse.

André Guibal.

Antonino Previtera (Milan). ***Les variations du contenu en calcium du sérum du sang des animaux opérés de sympathectomie des artères thyroïdiennes supérieures (recherches expérimentales)*** [*Archivio italiano di Chirurgia*, vol. XXXIV, fasc. 6, Septembre 1933]. — L'augmentation légère mais constante de la calcémie parle en faveur d'un léger degré d'hyperfonctionnement des parathyroïdes à la suite de la sympathectomie des artères thyroïdiennes supérieures. La cause en est peut-être dans l'inhibition des voies sympathiques vaso-constrictives, déterminant un plus grand afflux de sang et une augmentation de température ou dans l'interruption des éventuelles fibres nerveuses à action inhibitrice. Mais la physiopathologie de l'innervation parathyroïdienne nous est inconnue, et les effets de la sympathectomie en général sont peu clairs.

Ces expériences sont intéressantes parce que pouvant être considérées comme la contre-épreuve des effets de la ligature artérielle où l'interruption des voies vasculaires prévaut probablement sur l'interruption contemporaine des voies nervo-vasculaires.

André Guibal.

LA CLINICA CHIRURGICA

(Milan)

Luigi Stropeni. ***La physio-pathologie de l'ulcère gastro-duodénal comme base pour le choix de la méthode chirurgicale de traitement (gastroentérostomie, résection gastrique, duodéno-pylorectomie antérieure)*** [*La Clinica chirurgica*, M. A. An. IX (XXXVI) fasc. 6, Juin 1933]. — Après un coup d'œil sur notre incertitude sur l'exacte pathogénie de la « maladie ulcéreuse » et quelques remarques sur l'expérimentation animale qui reproduit bien l'ulcère mais non les altérations fonctionnelles (sécrétoires, motrices et circulatoires), S. compare les résultats de la gastro-entérostomie bénigne mais inefficace sur les ulcères récents, sur les estomacs hyperkinétiques ou sans ulcère, et ceux de l'antropylorectomie, plus difficile et comportant une mortalité plus élevée. De ces critiques sont nées d'autres méthodes chirurgicales: l'excision de l'ulcère avec la résection partielle du sphincter pylorique (Mayo), la suture transversale après section longitudinale du sphincter (Heinecke - Mikulicz) la gastro - duodénostomie (Finney).

S. s'intéresse particulièrement au procédé de Judd (excision de la partie antérieure du pylore avec l'ulcère, suivie de suture du duodénum avec l'estomac) qu'il a appliqué dans 15 cas avec la technique décrite par Gosset et Lœwy en 1932. La mortalité serait de 0,43 pour 100; les résultats seraient satisfaisants dans 90 pour 100 des cas. A côté d'avantages évidents (facilité de la technique, perfection de la cicatrisation, largeur de la bouche d'anastomose), il faut citer quelques inconvénients (possibilité d'application limitée à 50 pour 100 des cas d'après les statistiques, étendue à 75 pour 100 d'après S; technique irréalisable dans les cas d'ulcère postérieur et de duodénum non mobilisable; nécessité de brancher, sur l'incision verticale médiane, une incision transversale droite partant de l'ombilic). Les résultats immédiats obtenus par S. sont « splendides », mais le laissent perplexe sur les résultats éloignés, étant donné que l'acidité gastrique ne diminue pas; ce qui prouverait l'existence d'une altération plus complexe, nerveuse ou inflammatoire, des parois gastriques (cause inconnue de la maladie ulcéreuse), mais laisserait espérer une atténuation ultérieure possible de l'acidité, l'excellence du drainage devant abolir le résidu et l'hyperkinésie.

André Guibal.

F. Cataliotti. ***Recherches expérimentales sur le comportement du calcium, du magnésium et du phosphore dans le sang au cours des occlusions du cholédoque*** (*La Clinica chirurgica*, n. s., An. IX [XXXVI], fasc. 9, Septembre 1933). — Chez presque tous les animaux en expérience, la teneur du sang en calcium a été légèrement augmentée, puis s'est abaissée jusqu'à revenir à la normale et même au-dessous vers le 35e jour. Le taux du phosphore a été en général abaissé dans les premiers jours. Le comportement du magnésium a été variable: tantôt abaissement, tantôt élévation.

Les modifications du taux du calcium et du phosphore seraient probablement en relation avec l'état d'acidose constaté chez les animaux en expérience, et dépendant de l'intoxication par rétention biliaire et par altération fonctionnelle soit du foie, soit de tous les organes chargés du maintien de l'équilibre acide-base.

Le notable abaissement de la calcémie serait indirectement lié à l'absence d'utilisation des graisses alimentaires par suite de l'absence du rôle de la bile; l'organisme est alors contraint, pour la saponification des graisses, à utiliser le calcium introduit avec les aliments.

André Guibal.

ANNALI ITALIANI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

(Milan)

G. Valle. ***Considérations et recherches pour une alimentation rationnelle pendant la grossesse*** (*Annali italiani di Ostetricia e Ginecologia*,

An LV, fasc. 7, 31 Juillet 1933). — Ayant rappelé quelles sont les modifications des échanges, pendant la grossesse et l'allaitement, du point de vue du régime alimentaire, et fait allusion à la question de l'acidose gravidique et de l'augmentation de poids, V. expose quelques considérations critiques sur la composition d'une diététique rationnelle, prophylactique vis-à-vis de la toxémie gravidique, suffisante pour la mère et le fœtus, respectant les proportions nécessaires entre hydrates de carbones, graisses et protéines.

Ses recherches personnelles ont porté sur 10 femmes soumises, dans les derniers mois de leur grossesse, à un régime tracé selon les règles précédentes et avec une valeur énergétique nettement inférieure aux exigences considérées comme normales chez une femme près du terme et travaillant. Les examens pratiqués tous les 15 ou 20 jours ont montré: l'amélioration notable du cadre hématologique; une augmentation de poids d'environ 30 gr. par jour; l'absence de produits anormaux dans l'urine (sauf de légères traces de glycose sans hyperglycémie chez deux patientes); la disparition rapide de l'acétone urinaire; la diminution de la réserve alcaline (ce qui démontra la formation, chez la femme gravide, de substances acides malgré le régime pauvre en graisses et riche en hydrates de carbone); l'absence d'influence du régime sur le comportement de l'azote uréique, sur la tension artérielle, sur la durée de la grossesse et de l'accouchement, et sur le poids du produit de conception.

Enfin, V. fait des réserves sur ce qu'il faut attribuer, dans ces résultats, au régime lui-même, et, d'autre part, aux avantages du simple séjour à l'hôpital.

André Guibal.

Angelo Castelli. ***Contribution à l'étude du problème « Tuberculose pulmonaire et fonction de maternité ».*** [*Annali italiani di Ostetricia e Ginecologia*, An. LV, n° 8, 31 Août 1933]. — C. étudie d'abord l'influence de la tuberculose pulmonaire : *a*) sur la fonction de maternité; *b*) sur la valeur biologique et sociale du produit de conception; puis, il envisage l'influence de la fonction de maternité sur la tuberculose pulmonaire. Et il distingue quatre groupes :

1° Lésions pulmonaires ou pleuro-pulmonaires actives. Dans ces cas, il y a influence réciproque et néfaste des lésions et de l'état gravidique. Mortalité maternelle dans les 15 premiers jours après l'accouchement: 47 pour 100; aggravation de l'état de toutes les autres patientes. La vitalité du fœtus, très souvent prématuré, est faible: mortalité de 75 pour 100 dans la première année et de 50 pour 100 dans les premiers jours. L'interruption de la grossesse, mais très précoce, serait donc indiquée.

2° Lésions pulmonaires ou pleuro-pulmonaires inactives (allant de la forme fibro-caséeuse pluricavitaire chronique bilatérale à la forme fibreuse cicatricielle). Leur action sur la fonction de maternité et réciproquement est sensible ou nulle suivant leur intensité qui dicte ou réserve l'interruption de la grossesse.

3° Formes pleurales actives ou subaiguës. Leur influence sur le produit de conception est souvent fâcheuse. Pour la mère, elles peuvent évoluer vers les formes pulmonaires aiguës granuliques ou broncho-pneumoniques rapidement mortelles. Si donc la température, malgré une thérapeutique vigilante, persiste, l'interruption de grossesse peut être encore discutée.

Dans l'ensemble, cette intervention a été pratiquée pour 11,77 pour 100 des cas.

4° Formes pleurales inactives, avec grossesse évoluant sans danger pour la mère ni le fœtus. La fonction de maternité est normale et il n'y a aucune raison d'interrompre la grossesse.

La nécessité d'une meilleure assistance auprès du nouveau-né est capitale: séparation d'avec la mère contagieuse; assurer pendant un an au moins les meilleures conditions pouvant remplacer l'allaitement et les soins maternels.

André Guibal.

Bruno Buzzi (Pavie). ***Sur deux cas d'« ulcère aigu » au cours de la grossesse avec manifestations hémorragiques*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*. An. LV, fasc. 10, 31 Octobre 1933). — B. décrit deux cas d'ulcérations se rattachant au type vénérien de l'ulcère aigu de Lipschütz, l'une située sur la petite lèvre, l'autre sur la paroi vaginale antérieure, chez deux femmes arrivées l'une au 3e, l'autre au 9e mois de leur grossesse. Dans les deux cas, il y avait eu atteinte d'un petit vaisseau artériel et hémorragie notable. Guérison rapide. Suite de la grossesse régulière.

Les recherches montrèrent le « bacillus crassus » en grande abondance, même dans la profondeur des tissus, et ceci plus particulièrement chez la femme enceinte de 3 mois. Histologiquement: altération des parois vasculaires, artérielles et veineuses; thromboses veineuses.

Envisageant l'étiologie de cette lésion, l'auteur se demande si elle est imputable directement au facteur microbien ou aux altérations vasculaires. Il souligne l'intérêt de l'hémorragie secondaire à l'ulcération.

André Guibal.

R. Bompiani. ***Contribution à la pathogénie de la stase urinaire pendant la grossesse. Recherches expérimentales sur l'action des hormones gravidiques sur l'uretère isolé et maintenu survivant*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, An. LV, n° 11, 30 Novembre 1933). — B., après avoir montré la fréquence de la stase urinaire pendant la grossesse et de sa conséquence, la pyélite gravidique, se demande s'il faut l'attribuer plutôt soit à des phénomènes mécaniques soit à des phénomènes dynamiques (en particulier au facteur biologique humoral consistant dans la prépondérance, aux divers moments de la gestation, de certaines hormones circulant dans le sang et éliminées abondamment avec l'urine).

Sur l'uretère isolé et maintenu survivant, il a étudié l'action des urines de femme enceinte, et celle des hormones le plus étroitement en rapport avec la fonction génitale et surtout avec l'état puerpéral; et il a évalué leurs effets sur les fibres circulaires et longitudinales, le tonus, et le péristaltisme de l'organe isolé.

La conclusion est que le facteur biologique hormonal a une grande importance dans le déterminisme de la stase urinaire gravidique, le rôle capital revenant aux hormones folliculaires éliminées vers le 5e ou 6e mois et plus spécialement aux extraits lutéiniques. L'urine des premiers mois et les extraits pré- hypophysaires ont une action certaine, mais moins intense.

Enfin, pour expliquer la prédominance de la pyélite à droite, il faut ajouter un facteur mécanique au facteur dynamique.

André Guibal.

CLUJUL MÉDICAL
(Cluj, Roumanie)

T. Dragomir. ***Traitement de l'atrophie optique tabétique par des injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé*** (*Clujul medical*, t. XIV, n° 3, 20 Janvier 1934). — L'atrophie optique tabétique peut, comme le tabes, s'améliorer ou se fixer à un stade évolutif, spontanément. Le traitement par le sérum salvarsanisé peut augmenter le nombre des malades améliorés.

La sérothérapie intrarachidienne, suivant la méthode Swift-Ellis, a donné des résultats intéressants.

Dragomir cite l'observation de 5 cas traités par les injections intra-rachidiennes de sérum salvarsanisé; certains de ces malades ont eu un traitement combiné de novarsénobenzol intra-veineux. Les résultats qu'il a obtenus dans certains cas se sont maintenus améliorés pendant quelques années; il croit que le traitement peut, dans les cas incipients, ou dans les cas où l'atrophie n'est pas bilatérale, *fixer* sinon d'une façon permanente, au moins pour un long intervalle, l'évolution progressive de l'atrophie optique tabétique.

Henri Krauter.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG
(Berne)

Wolf v. Drigalski. ***Le carotène-vitamine A dans l'organisme humain*** (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. III, n° 1, Janvier 1934). — Après avoir étudié les relations qui unissent le carotène et la vitamine A ainsi que la chimie de ces deux corps, D. expose les symptômes provoqués par la carence de ces corps et tout d'abord l'héméralopie. Ce symptôme doit être mis en relation avec le fait que la rétine contient beaucoup de carotène. Les relations de la vitamine A avec la fertilité sont moins bien connues. Par contre, en cas de carence de cette vitamine, tous les épithéliums (muqueuse des voies aériennes supérieures, des tractus digestifs, de l'appareil urogénital, des canaux excréteurs des glandes, etc.) présentent une tendance à la desquamation et à la kératinisation. C'est d'ailleurs la kératomalacie qui est le symptôme le plus caractéristique et qui survient dans 80 à 100 pour 100 des cas chez les animaux carencés.

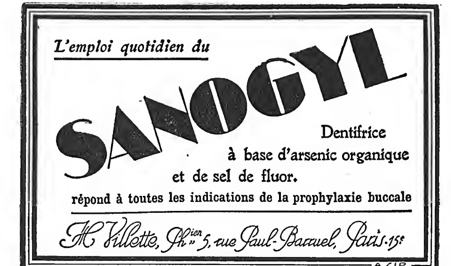
Au point de vue de la protection à l'égard de l'infection, D. remarque que cette vitamine agit surtout en conférant à l'épithélium un pouvoir anti-infectieux. La fréquence des calculs observés en pareil cas doit être également attribuée à une altération des fonctions épithéliales. On devrait donc donner à cette vitamine le nom de « vitamine protectrice des épithéliums ».

La vitamine A est surtout abondante dans le foie et dans les testicules. D'autre part, elle suit la répartition des graisses et se retrouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les surrénales, les reins, etc. Au point de vue du métabolisme en général, elle semble représenter un catalyseur des oxydations et, en un certain sens, un antagonisme de la thyroxine. L'excès de vitamine A détermine la mort des animaux vraisemblablement par glomérulonéphrose. Par contre, le carotène n'aurait pas d'effet nocif, peut-être parce qu'il ne peut pas être résorbé dans d'aussi grandes proportions que la vitamine.

Enfin, les recherches en série portant sur le sang ont montré chez 85 pour 100 des sujets examinés des traces de carotène. Le taux maximum observé a atteint 0, 27 milligr. pour 100 grammes. Ce chiffre élevé a été obtenu après administration quotidienne de 200 gr. de jus de carotte. C'est le sérum, à l'exclusion des globules rouges, qui s'enrichit en carotène. Quel que soit le taux de carotène administré, on n'arrive d'ailleurs pas à dépasser un certain chiffre. Ce qui n'est pas retrouvé dans le sang n'est pas non plus retrouvé dans les fèces, ni dans les reins, ni dans la bile ni dans la sueur. Il faut donc admettre que l'excès de vitamine est détruit probablement dans le foie.

P.-E. Morhardt.


POUR LE TRAITEMENT
DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131, Rue Cambronne, PARIS-15e. Vaugir. 11-23
A.S.I.P.


L'emploi quotidien du
SANOGYL
Dentifrice
à base d'arsenic organique
et de sel de fluor,
répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale
H. Villette, Phien, 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e
A.S.I.P.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

G. Menegaux. *Les hernies dites transmésocoliques* (*Journal de Chirurgie*, t. XLIII, n° 3, Mars 1934). — Une observation personnelle a été le point de départ de cette étude intéressante et complète de la hernie transméso-colique, variété de hernie interne connue, après élimination de 5 cas douteux, par 59 observations.

Dans cette hernie, la barrière du mésocolon transverse cède en son point faible avasculaire circonscrit par l'arcade unissant l'artère colique moyenne, à droite, à l'artère colique supérieure, à gauche; les limites de cet espace perméable se trouvant reportées à droite, jusqu'à la colique supérieure droite, lorsque la colique moyenne est absente.

Le viscère qui s'engage dans cet anneau vasculaire peut être ascendant ou descendant; il peut rester coiffé d'un seul ou des deux feuillets du mésocolon (*hernie avec sac*) ou passer directement par un véritable orifice unissant l'arrière-cavité à l'étage sous-mésocolique (*hernie sans sac propre*).

Les hernies avec sac sont très rares (5 cas) et déterminées par l'engagement ascendant d'anses grêles dans une dépression diverticulaire de la zone avasculaire décrite par Reinhardt sous le nom de *recessus mesocolicus*. Menegaux attribue sa formation au non-accolement de la lame postérieure de la bourse épiploïque au devant d'une fenestration atrophique de la zone avasculaire du mésocolon.

Les hernies sans sac comprennent 2 variétés : L'une, très rare (5 cas), où l'estomac descendant s'engage dans l'orifice pour constituer la *hernie sous-mésocolique de l'estomac;* l'autre, habituelle (49 cas), où l'orifice est franchi de bas en haut par l'intestin grêle presque tout entier (exceptionnellement par le côlon transverse, le sigmoïde, le cæcum et le côlon droit), constitue la *hernie transmésocolique de l'arrière-cavité.*

Dans cette hernie, le grêle peut rester dans l'arrière-cavité (23 cas) avec possibilité de s'insinuer dans une partie non accolée de la bourse épiploïque. Un peu plus souvent (25 cas), il poursuit son ascension et sort de l'arrière-cavité pour apparaître à l'étage sus-mésocolique sous forme d'un paquet d'anses grêles dont la disposition et l'origine sont clairement expliquées par les figures du mémoire. Cette sortie s'effectue soit par l'hiatus de Winslow (2 cas), soit à travers une fenêtre du ligament gastro-colique (5 cas) ou de la *pars flaccida* du petit épiploon.

Cette poussée de la masse herniaire a deux fois entraîné un volvulus postérieur de l'estomac avec rotation de 360°, permise par la déchirure du petit épiploon.

Au point de vue clinique, ces dispositions organiques peuvent entraîner l'occlusion aiguë (13 cas), ou subaiguë (9 cas), mais aussi, malgré l'existence d'un volvulus gastrique, n'avoir pour conséquence que des troubles digestifs vagues, ou même rester absolument latentes.

La présence d'un ulcère gastro-duodénal (33 fois sur 48 cas) est si fréquente, que cet ulcère a été regardé comme la cause déterminante de la hernie. Menegaux considère l'ulcère comme n'étant que l'effet de la hernie, peut-être par suite de l'irritation mécanique qu'elle exerce sur l'antre pylorique, centre régulateur de l'acidité gastrique.

Les autres pathogénies invoquées : perforation secondaire d'un récessus péritonéal localisé (Reinhardt), traumatisme (Hesse), peuvent être parfois justifiées, mais c'est la théorie de la *préexistence de l'orifice par fenestration* du méso qui, pour l'auteur, convient à la majorité des cas. Par l'orifice préformé, l'aspiration diaphragmatique et la pression abdominale déterminent l'ascension de l'intestin grêle.

La descente de l'estomac reste encore inexplicable.

Le traitement consiste à réduire la hernie, ce qui est relativement facile lorsqu'on connaît son anatomie pathologique, puis à obturer l'orifice mésocolique soit par suture, si cela est possible, soit plutôt par obturation, en suturant son pourtour à l'estomac sus-jacent.

Sur 30 opérés, il y a eu 21 guérisons et 9 morts, les succès étant plus nombreux pour les cas sans occlusion.

Le mémoire se termine par un résumé des 58 observations déjà publiées et par celle inédite de l'auteur : le malade âgé de 22 ans est opéré à la 6e heure pour perforation d'ulcère. Il y a bien perforation gastrique juxta-pylorique, mais aussi hernie trans-mésocolique de l'arrière-cavité, avec passage secondaire d'un paquet d'anses grêles à travers le petit épiploon. Réduction facile. Fermeture incomplète de l'orifice par suture de ses bords. Suture de la perforation gastrique avec épiplooplastie. Mort à la 36e heure.

P. Grisel.

P. Moulonguet et J. Rousset. *Ecoulements sanglants par le mamelon et ectasie généralisée des galactophores* (*Journal de Chirurgie*, t. XLIII, n° 4, Avril 1934). — Dans un mémoire publié dans le même journal, en Avril 1928, Lecène et Galtier ont montré qu'une des causes de l'écoulement sanglant par le mamelon était la présence de la petite tumeur connue sous le nom de « tumeur végétante intracanaliculaire », le plus souvent bénigne, superficielle, qu'il suffit d'enlever avec le canal qu'elle dilate après l'avoir découverte par une incision radiaire. M. et R. ont poursuivi cette recherche des causes bénignes de la « mamelle saignante » et pensent, basant leur affirmation sur 7 observations cliniques et anatomiques, en avoir reconnu une nouvelle : *l'ectasie généralisée des galactophores.*

Le seul signe clinique est l'écoulement séreux, séro-hématique ou sanglant qui se fait par le mamelon; mais, alors que la pression de la tumeur intracanaliculaire provoque un écoulement par le seul orifice du galactophore lésé, dans l'ectasie généralisée, la pression de la glande fait perler des gouttes au niveau de plusieurs pores galactophoriques.

L'étude anatomo-pathologique conduit à diviser les observations en 2 groupes :

1° Dans une glande au repos, les galactophores n'ont d'autre particularité que leur forte dilatation et ne présentent ni végétations ni même hyperplasie de leur épithélium. Leur appareil élastique est non seulement conservé mais hyperplastique : cette élastogénèse témoigne, pour M. et R., en faveur de l'origine congénitale d'une sorte d'anomalie. Ici, et sans que la lésion pariétale invoquée soit histologiquement précisée, l'hémorragie est donnée comme provenant du canal galactophore, en conséquence de sa dilatation.

2° Dans une glande en activité, à la phase dite pré-sécrétoire, les canaux, toujours dilatés, n'ont plus cependant qu'une dilatation moins marquée et l'hémorragie, les coupes ici le montrent, provient des acini glandulaires hyperplasiés.

Le diagnostic clinique doit être confirmé par un diagnostic opératoire qui évitera la confusion avec la tumeur végétante occupant un canal galactophore, ou avec les kystes sanglants d'une maladie de Reclus; c'est ce que permet l'incision radiaire utilisée par Lecène. La dilatation des canaux reconnue, on réalisera l'ablation de la totalité de la glande, avec conservation du tégument, en complétant l'incision exploratrice par une raquette périaréolaire.

P. Grisel.

M. Boppe et J. Chomet. *Traitement des fractures sus-condyliennes de l'humérus chez l'enfant* (*Journal de Chirurgie*, t. XLIII, n° 4, Avril 1934). — Sous écran et à l'aide de radiographies, B. et C. ont fait la critique de la méthode classique de réduction de la fracture transversale sus-condylienne chez l'enfant, la réduction par traction et flexion à angle aigu. Elle réussit parfois, mais souvent elle refoule en arrière le bloc formé par l'épiphyse et les deux os de l'avant-bras. De plus, en gênant la circulation, elle favorise la rétraction ischémique des fléchisseurs de la main et des doigts.

Voici la technique préconisée pour la correction des déplacements subis, dans la presque totalité des cas, par le fragment épiphysaire : ascension, projection en arrière, déplacement en dedans, rotation interne.

La réduction est faite sous écran, le blessé endormi. Le bras mis en abduction, l'avant-bras étendu dans son prolongement, on corrige l'ascension par extension et contre-extension maintenues pendant 8 à 10 minutes.

L'avant-bras et le bras toujours étendus, on imprime alors à l'avant-bras un mouvement de *pronation complète.* Cette attitude relâche le rond pronateur en rapprochant ses insertions et, comme il est aussi fléchisseur, elle permet la correction complète de la flexion du fragment épiphysaire sur les deux os de l'avant-bras. De plus, et essentiellement, elle assure par elle seule la correction du déplacement en dedans par un mécanisme encore discuté, probablement parce qu'elle entraîne aussi le relâchement du muscle long supinateur.

La correction de l'ascension, du déplacement latéral et de la rotation interne ainsi obtenue et vérifiée à l'écran, on corrige la projection en arrière par le refoulement de l'olécrane en avant, à l'aide des pouces, exercé tandis que l'aide, maintenant toujours la traction et la pronation, fléchit l'avant-bras sur le bras jusqu'à l'angle droit. Cette attitude et la correction qu'elle comporte sont fixées par un appareil plâtré composé d'une attelle postérieure longue, étendue de l'épaule à la racine des doigts et maintenue par deux bandes circulaires.

P. Grisel.



Pommade à base de Propidon

DANS TOUS LES CAS DE :

EFFRACTION DU REVÊTEMENT CUTANÉ
INFECTION CUTANÉE A PYOGÈNES
MENACE D'EXTENSION DE L'INFECTION
CICATRISATION RETARDÉE PAR L'INFECTION

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

• 21, RUE JEAN GOUJON • PARIS 8e •

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

A. Bergeret, J. Caroli et R. Audéoud. *La splénectomie dans les cirrhoses du foie* (*Revue de Chirurgie*, 53e année, n° 2, Février 1934). — La splénectomie dans le traitement de *certaines* cirrhoses du foie a donné des résultats brillants et durables.

Dans une observation personnelle de B., C. et A., la splénectomie pratiquée *in extremis* a amené une résurrection véritable, avec disparition des symptômes hémorragiques et ascitiques et régression des altérations anatomiques du foie, aboutissant à un état de guérison qui après s'être constitué progressivement se maintient depuis plus de 2 années.

Quelle cirrhose du foie doit-on splénectomiser ? B., C. et A. ont réuni dans la littérature 22 observations sélectionnées, en faisant abstraction de la maladie de Banti, qui bénéficie, elle aussi, de la splénectomie, mais dont la nature reste encore très discutée. C'est d'après ces observations de cirrhoses qui ont été traitées avec succès par la splénectomie, que B., C. et A. s'efforcent de répondre à la question.

Ce sont les cirrhoses de l'adulte jeune, ou ayant débuté précocement dans l'âge adulte, et d'étiologie presque toujours inconnue.

La décision chirurgicale ne peut d'ailleurs être envisagée que s'il s'agit d'une forme évolutive chronique, modérément ou fortement splénomégalique.

Des cirrhoses douloureuses pseudo-lithiasiques, des hémorragies violentes, une anémie à forme pernicieuse, un ictère chronique pléiochromique, un prurit intense sont des indications plus particulières d'intervenir, mais qui varient suivant les cas.

Même quand l'ictère s'accompagne de décoloration des matières, même si la cirrhose se complique d'une ascite abondante et d'un état général précaire, l'intervention reste indiquée et sauvera des malades abandonnés à un traitement symptomatique inopérant.

J. Okinczyc.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

A. Saenz (Montevideo). ***Nouvelles études sur la bacillémie tuberculeuse (Observations cliniques et recherches expérimentales)*** [*Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie*, t. V, n° 1, Janvier 1934]. — S. précise d'abord sa technique, tant en ce qui concerne l'emploi d'un milieu de culture spécial, à l'œuf-asparagine, qu'en ce qui concerne le traitement préalable du sang à ensemencer. Il fait état de 500 échantillons de sang provenant de malades suspects de tuberculose. Il a obtenu 26 résultats positifs, soit 5,2 pour 100 des cas, résultat comparable à celui de 48 expérimentateurs différents ayant appliqué la méthode et discordant avec les chiffres de Lœwenstein.

La plupart des résultats positifs obtenus correspondent à des primo-infections de l'enfant et de l'adolescent. Ensuite, viennent les cas relatifs à des tuberculoses aiguës en pleine évolution et à issue fatale. Quelques résultats positifs furent obtenus dans des formes diverses de tuberculose chronique dont l'hémoculture positive correspondait à une nouvelle localisation ou à une poussée évolutive de la maladie. Les résultats positifs les moins favorables concernaient des malades atteints de formes variées de tuberculose chronique.

Ces faits montrent que la recherche de la bacillémie en clinique humaine n'aurait une réelle importance pour le diagnostic que dans les primo-infections, où la dissémination bacillaire est précoce, c'est-à-dire où elle se produit avant l'apparition de l'allergie et de tout autre signe de tuberculose révélable par les divers examens cliniques. Chez l'enfant, après absorption buccale d'une seule dose de BCG, on peut dépister dans le sang la présence du bacille-vaccin 4 à 6 heures après l'ingestion (3 résultats positifs sur 5 cas): ceci montre la rapidité d'absorption des bacilles-vaccins par culture directe du sang ou par inoculation au cobaye. Ces bacillémies décelables par l'hémoculture sont paucibacillaires. On arrive à des conclusions comparables par l'inoculation du sang de ces sujets au cobaye, qui se montre plus sensible, car elle est capable de révéler de rares éléments bacillaires. Mais il est nécessaire de prolonger l'observation des animaux inoculés pendant au moins 8 mois et de ne considérer les résultats comme négatifs que si les animaux ne réagissent pas à la tuberculine après un long délai.

Les expériences de S. montrent que le sang pur, simplement rendu incoagulable par le citrate de soude, inoculé au cobaye immédiatement après la prise du sang (sans dépasser la dose de 5 centicubes par voie sous-cutanée), donne, contrairement aux craintes de Lœwenstein, bien plus souvent et plus sûrement des résultats positifs que la culture pratiquée suivant sa méthode.

L. Rivet.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

L. Marchand. *L'automatisme ambulatoire épileptique* (*Annales Médico-psychologiques*, t. XCI, fasc. 2, n° 5, Décembre 1933). — Revue générale et mise à jour, avec bibliographie, de cette question, depuis longtemps débattue, sous le nom impropre de « fugue » comitiale.

M. apporte une statistique de 69 cas, relevés parmi plus de 1.000 sujets, formant la clientèle d'une consultation externe d'épileptiques. La proportion des automatismes ambulatoires, dans cette statistique, atteint donc 6,4 pour 100 de l'ensemble, 8,2 pour 100 chez les hommes, 4,3 pour 100 chez les femmes.

Il faut distinguer les cas d'automatisme ambulatoire apparaissant chez des épileptiques avérés, des cas précédant l'apparition d'une épilepsie confirmée, et des cas observés en l'absence de toute autre manifestation comitiale.

L'automatisme survient chez des épileptiques de tout âge, mais de préférence chez ceux qui ont dépassé l'âge adulte. C'est exceptionnellement qu'il précède ou suit un paroxysme convulsif. L'accès se déclanche brusquement, n'importe où: le sujet part, aussi bien en automobile, en chemin de fer, qu'à pied. Parfois, une démarche spasmodique, des réactions désordonnées trahissent l'infériorité des automatismes en jeu. Mais, plus souvent, dans les formes les plus authentiques, l'activité du sujet témoigne d'une logique irréprochable, de l'utilisation judicieuse des connaissances de l'état de veille : c'est dans ces cas que le malade se retrouve, au terme d'un long voyage, aux Indes dans une observation classique.

L'inconscience et l'amnésie, caractères fondamentaux, ne s'observent pas avec une constance absolue, surtout chez les malades traités. C'est à tort cependant que l'on rattache certains accès prolongés à l'hystérie. Mais il faut discuter, en posant le diagnostic, la possibilité de l'automatisme confusionnel, d'une impulsion de débile.

G. d'Heucqueville.

J. Rogues de Fursac et G. d'Heucqueville. *Contribution à l'étude de la mimique fronto-orbitaire* (*Annales Médico-psychologiques*, t. XCII, fasc. 1, n° 1, Janvier 1934). — Depuis Esquirol, les neurologistes et les psychiatres réservent, dans leurs observations, une place importante à la description des altérations de la mimique. Cependant, ce domaine de la motilité, faute d'avoir jamais fait l'objet d'une étude systématique, reste environné d'obscurité et d'incertitudes.

R. de F. et H., pour y apporter la précision qu'il réclame, limitent leur étude, d'une part à la mimique spontanée, à l'exclusion de la mimique-langage, d'autre part au seul territoire fronto-orbitaire. Quatre muscles l'occupent: *frontal, orbiculaire, sourcilier, pyramidal*. Ces muscles offrent un intérêt exceptionnel en raison de la facilité de leur observation, de leur indépendance vis-à-vis de la volonté, de leur faculté d'exprimer chacun complètement, par leur jeu, un sentiment déterminé : « attention, douleur, agression », etc., selon Duchenne, de Boulogne.

Les anomalies de développement (agénésies, hypertrophies, asymétries) ou de fonctionnement (contractions insuffisantes, excessives, inadaptées, contractions en éclair, trémulations, asynergies) mouvements anormaux de la queue du sourcil, constituent des symptômes d'une valeur considérable pour le diagnostic et surtout le pronostic des affections neuro-psychiatriques, dégénérescence et schizophrénie en particulier.

P. Desfosses.

X. et P. Abely. *L'internement des pervers constitutionnels* (*Annales Médico-psychologiques*, t. XCII, fasc. 1, n° 2, Février 1934). — A l'occasion de l'ouverture d'un nouveau service, pour aliénés criminelles, continuation de l'œuvre entreprise par Henri Colin, X. et P. A. mettent à jour la question des perversions anti-sociales, de l'insuffisance morale, de l'arriération sociale, selon leur expression.

Les arriérés sociaux constitutionnels, au même titre que les malades atteints de perversions secondaires à l'encéphalite ou à des maladies infectieuses, relèvent de la pathologie mentale. Au contraire, il existe des individus foncièrement antisociaux, récidivistes incorrigibles, primitivement sains, mais pervertis par des influences extérieures, qui demeurent intimidables. Il faut encore distinguer les arriérés sociaux des autres délinquants pathologiques, pervers sexuels, obsédés, intermittents, violents.

La société doit être protégée contre les arriérés sociaux. Or, les courtes peines de prison, écourtées parfois encore par l'expertise mentale, qui atténue la responsabilité de ces sujets par égard à leurs anomalies, se montrent inefficaces. C'est l'internement dans un asile de sûreté, pour une durée indéterminée, soumettant le sujet à une rééducation rationnelle, qui assure le maximum de protection, le maximum de chances de relèvement. Appliqué en Belgique sur une vaste échelle, et en France dans quelques établissements encore trop rares, ce régime fonctionne déjà à la satisfaction générale.

G. d'Heucqueville.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE
(Paris)

René Nyssen (Anvers). ***Les réflexes olfactifs et leur valeur séméiologique*** (*Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 8, Août 1933). — La plupart des odeurs ne produisent pas seulement une excitation olfactive, mais possèdent des actions diverses tactiles, gustatives, etc., par l'impression qu'elles exercent sur les surfaces voisines. On doit éviter d'attribuer à des impressions olfactives les ripostes réflexes dues à une excitation d'un autre ordre. Cependant, l'excitation olfactive, proprement dite, est capable de produire des réflexes divers sécrétoire, gastrique, génital, etc. N. n'étudie que les réactions réflexes constituant des signes objectifs

d'excitabilité, le réflexe psycho-galvanique, les modifications respiratoires et cardio-vasculaires.

Le réflexe psycho-galvanique consiste dans le fait qu'un courant électrique qui traverse un sujet augmente, sous l'influence d'excitations affectogènes qui diminuent sa résistance. L'enregistrement se fait à l'aide d'un miroir galvanométrique dont les déplacements sont photographiés.

Les modifications respiratoires réflexes ont déjà fait l'objet d'importantes études. L'inspiration du chloroforme produit au début de la narcose un arrêt expiratoire. N. a cherché avec différentes substances à établir la part qui revient au nerf olfactif ou au trijumeau, en expérimentant sur des anosmiques, et à noter les réactions respiratoires en se servant de corps à action purement olfactive ou à action mixte. Dans ce dernier cas, les résultats sont mieux marqués.

Les réactions cardio-vasculaires et pléthysmographiques sont étudiées dans un dernier chapitre, et enregistrées sur des graphiques.

De cette étude, il résulte que le réflexe psycho-galvanique, si intéressant, est d'une technique compliquée et trop sensible pour trouver une application utile en clinique, que les techniques pneumographique et pléthysmographique, cette dernière, simplifiée par Wiersma, sont d'une application facile, que la conservation des réflexes n'est pas synonyme de conservation de l'odorat, que l'intensité des réflexes n'exprime pas le degré de conservation de l'odorat.

En un mot, les réflexes olfactifs ne peuvent être considérés que comme facteurs de renseignements venant compléter les constatations directes.

LENOUX-ROBERT.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCREAS ET DE LA RATE

(Paris)

N. Fiessinger et **C.-M. Laur.** ***La cholo-thrombose microscopique*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t VIII, n° 4, Juillet-Août 1933). — C'est au cours des intoxications expérimentales par le toluylènediamine qu'on a tout d'abord observé et étudié les cholo-thromboses, la distension des canalicules biliaires par une bile compacte et solide, qui se moule dans leur lumière. L'historique de ces recherches, rapporté par F. et L., amène à conclure que deux facteurs lui sont nécessaires : la stase avec atteinte hépatique, mise, la première, en valeur, par Stadelmann et l'hypersécrétion de bilirubine consécutive à l'hémolyse. La série d'expériences, effectuées par les auteurs et où ils ont combiné l'atteinte sanguine et l'atteinte hépatique toxique ou l'arrêt de l'excrétion biliaire seule, met en valeur l'importance de l'hépatite dégénérative dans la perte de fluidité et la « prise » de la bile des canalicules. Histologiquement, par frottis ou par coupes, suivant les techniques décrites par les auteurs, on reconnaît des thrombus extra-cellulaires et des thrombus intra-cellulaires, sans qu'on ait pu constater la communication entre ces deux sortes d'éléments. Expérimentalement, on observe que l'hémolyse seule ne produit pas de cholo-thrombose intra-hépatique. L'association : hémolyse-lésion hépatique, transitoire ou définitive, provoque la cholo-thrombose, mais celle-ci peut disparaître si les phénomènes toxiques sont supprimés à temps. La stase ne peut la déterminer que s'il existe une atteinte parenchymateuse. Les faits pathologiques montrent que la bile peut s'épaissir et dilater les canalicules, mais deux fois seulement de véritables thromboses ont pu être constatées, probablement parce que les facteurs de production apparaissent dissociés en clinique humaine. On ne peut pas affirmer que la cholo-thrombose soit, à elle seule, capable de provoquer des ictères, mais elle s'ajoute certainement à titre de facteur accessoire à l'hémo-hépatolyse ou à la stase, causes de l'ictère. Peut-être aussi est-elle à la base de la lithiase biliaire en formant le noyau originel du calcul vésiculaire.

A. ESCALIER.

F. Milanès Alvarez et **P. Farinas.** ***Etude comparative de la valeur diagnostique du drainage biliaire et de la cholécystographie dans les cholécystites chroniques non calculeuses*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. VIII, n° 5, Septembre-Octobre 1933). — M. et F. apportent une statistique de 202 cas, de cholécystites chroniques non calculeuses, dans lesquels ils ont étudié simultanément les résultats fournis par la cholécystographie, le drainage biliaire, les données cliniques et le chimisme gastrique. Ces observations, rangées en 3 tableaux, distinguent des cholécystites infectieuses chroniques (scléro-atrophiques, infectieuses simples, infectieuses avec catarrhe du canal cystique, et cholécystites parasitaires), des cholécystatonies, des péricholécystites.

Les conclusions sont les suivantes :

L'épreuve de Meltzer-Lyon est de beaucoup supérieure dans tous les cas aux autres moyens d'investigation, surtout au cours des cholécystites infectieuses simples ou avec parasitose et des cholécystatonies, mais elle ne suffit pas à elle seule à affirmer un diagnostic. La cholécystographie présente une certaine valeur, spécialement au cours des péricholécystites.

L'examen clinique, indispensable, a toujours une très grande importance, il est surtout révélateur dans les atonies de la vésicule. Mais on doit toujours recourir aux trois méthodes conjointes, et on peut, alors, aboutir à un diagnostic à peu près certain en les comparant et les complétant l'une l'autre. Par contre, le chimisme gastrique, dépendant de facteurs très divers, et révélant dans la majorité des cas une hyperchlorhydrie assez banale, ne peut être pris en considération.

A. ESCALIER.

P. Carnot, P. Harvier et **J. Caroli.** ***Contribution à l'étude de la splénectomie au cours des cirrhoses du foie*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. VIII, n° 6, Novembre-Décembre 1933). — L'observation d'un cas de cirrhose avec hémorragies digestives graves, guéri depuis 2 ans par la splénectomie, amène les auteurs à discuter les conditions, les mécanismes d'action, et les résultats de cette intervention au cours des cirrhoses. A vrai dire, le fait rapporté est un peu particulier. Il s'agit d'un sujet jeune, présentant une affection sans aucune étiologie reconnue, et qui ne paraît pas être une cirrhose consécutive à une splénopathie. Il s'apparenterait plutôt, cliniquement et histologiquement, à la cirrhose de Hanot, et semble rentrer dans ce cadre encore imprécis des cirrhoses hépato-splénomégaliques, situées entre cette affection et le syndrome de Banti proprement dit. On ne peut donc généraliser cette tentative heureuse à la majorité des cirrhoses. On sait toutefois que la splénectomie a été pratiquée avec succès dans la maladie de Hanot et aussi au cours des cirrhoses sans ictère, où elle donne d'excellents résultats, à condition que la sclérose soit largement compensée par une hypertrophie cellulaire hépatique.

Curative au cours des atteintes du foie d'origine splénique et des syndromes de Banti, l'ablation de la rate est seulement palliative, mais cependant fort utile, quand le foie apparaît primitivement en cause. Elle fait disparaître les hémorragies digestives. Ce résultat est, pour les auteurs, d'ordre purement mécanique, par suppression de l'engorgement des veines du territoire splénique et des vaisseaux courts anastomotiques de l'estomac, dû à la sclérose périportale. Par ce même moyen, elle fait régresser l'ascite de ces cirrhoses. La disparition de l'anémie et de l'ictère est due à la suppression de l'activité de la rate, l'amélioration de l'état hépatique à celle de phénomènes hépato-toxiques d'origine splénique.

Les conditions essentielles de l'intervention sont un état hépatique relativement bien conservé, des symptômes cliniques favorables (jeune âge du malade, lenteur d'évolution, hypertrophie hépatique), l'existence de crises douloureuses violentes et de signes d'hyperfonctionnement de la rate (splénomégalie, ictère de type hémolytique, anémie accentuée, purpura chronique thrombopénique) et surtout les hémorragies gastro-intestinales, dont on n'attendra pas la répétition, étant donné leur gravité.

Dans ces cas, il ne faudra pas hésiter à pratiquer une intervention, qui peut vraiment donner des résultats excellents.

A. ESCALIER.

LE SANG

(Paris)

E. Cohen. ***Sur la classification de l'agranulocytose. Formes plastiques et aplastiques. La panmyélose plastique*** (*Le Sang*, t. VII, n° 9, 1933). — A côté de la forme aplastique classique de l'agranulocytose, telle que l'a décrite Schultz, on peut isoler une véritable forme plastique, comparable à celle de l'anémie pernicieuse, et caractérisée par l'existence dans le sang de cellules jeunes myéloïdes et leur nombre considérable dans la moelle osseuse. Cette agranulocytose plastique présente les mêmes symptômes que l'agranulocytose aplastique; mais, tandis que dans la première, la destruction des éléments granuleux sanguins s'accompagne d'une excitation de la fonction formatrice, dans celle-ci, elle coïncide avec une agénésie leucocytaire de la moelle. Le diagnostic ne peut se faire que par l'examen du sang et, mieux, par la biopsie médullaire osseuse, car, dans certains cas, les agranulocytoses aplastiques s'accompagnent de myélocytose sanguine, moins accentuée, il est vrai, au cours des rémissions, par exemple, ou des premières poussées des formes récidivantes. Le pronostic des cas plastiques semble meilleur, et, par assimilation aux cas similaires des anémies, on peut tenter la thérapeutique par le foie ou l'estomac de porc.

Quand les trois fonctions médullaires sont atteintes simultanément mais avec des signes de régénération, on observe alors un état qui conditionne l'anémie et l'agranulocytose plastique et la thrombopénie, et que l'auteur propose de nommer panmyélose plastique régénérative. Ces observations s'opposent à la panmyélophtisie de Franck qui est aussi une amyélite complète mais arégénérative.

A. ESCALIER.

N. Fiessinger et **Mlle S. Gothié.** ***L'anémie plasmatique expérimentale*** (*Le Sang*, t. VIII, n° 1, 1934). — F. et G. ont recherché, dans une série d'expériences sur le chien, les conditions de régénération des albumines au cours de l'anémie plasmatique provoquée. On entend sous ce nom la diminution des éléments composants du plasma. Ils ont spécialement étudié les variations des protéides, des lipides, du cholestérol et l'indice réfractométrique. Après avoir donné leur technique des plasmaphérèses, ils rapportent leurs expériences, les unes de courte durée, les autres, prolongées. Au début, on constate une chute brusque de l'indice de réfraction, de la protidémie (albumines aussi bien que globulines) et de la lipidémie. Mais, aussitôt, l'organisme se défend. Les sels minéraux, le glucose, le cholestérol s'équilibrent rapidement.

Les lipides se mobilisent aussi assez vite, ce fait étant marqué par le redressement de l'index réfractométrique. Ils jouent le rôle de véritables substances « tampons », pour économiser les protides.

Ceux-ci tombent très rapidement, puis se récupèrent plus ou moins lentement; les globulines paraissent toutefois se former plus vite que les albumines, ce qui entraîne des variations du rapport $\frac{A}{G}$. On peut schématiser trois phases consécutives à la saignée plasmatique: 1° un temps assez court de mobilisation des réserves lipidiques; 2° une période de sidération organique; 3° une néoformation rapide de tous les constituants plasmatiques, avec altération des tissus qui fournissent les éléments nécessaires.

Les œdèmes ont toujours été peu marqués. Ils sont favorisés par l'hypoprotidémie, mais seulement en présence d'un excès de NaCl et il n'y a jamais eu d'inversion nette du rapport $\frac{A}{G}$.

Dans les expériences prolongées, on constate des lésions viscérales qui paraissent être en rapport avec un épuisement des réserves cellulaires, dû à l'effort de régénération et aussi au changement de composition des liquides intercellulaires. D'où une cachexie tissulaire véritable. L'anémie plasmatique peut, à la longue, déterminer des hépatites ou néphrites dégénératives. Les mêmes conséquences doivent se retrouver en clinique, soit au cours des néphroses, soit dans les cirrhoses ascitiques, ou dans les hémorragies répétées. On peut admettre que l'anémie plasmatique est souvent un fait secondaire, mais qu'elle peut aussi être la cause de lésions et de troubles tissulaires consécutifs.

A. Escalier.

J. Bernard. ***L'érythro-leucémie expérimentale provoquée par le goudron*** (*Le Sang*, t. VIII, n° 1, 1934). — L'injection d'une solution huileuse de goudron dans la moelle osseuse a provoqué des modifications sanguines et médullaires très remarquables. L'animal étudié a été le rat blanc de 4 mois et l'injection a été faite intra-fémorale, pendant une longue durée. L'affection ainsi déclanchée semble voisine des érythro-leucémies de l'homme. Elle consiste en érythrocytose avec érythroblastose et plus tardivement en un syndrome sanguin proche de celui de la leucémie myéloïde. Ces phénomènes sont stables et persistent longtemps après la cessation des injections. On note en outre des lésions médullaires avec réaction cellulaire intense et multiplication des cellules jeunes, rappelant celles des polyglobulies. Le goudron n'agit pas par action locale, mais bien à distance par un effet spécial sur le tissu médullaire osseux.

A. Escalier.

S. Varadi. ***Contribution au problème de la pathogénie de l'anémie pernicieuse*** (*Le Sang*, t. VIII, n° 1, 1934). — Les expériences de Castle l'ont amené à penser que l'anémie pernicieuse est due à la carence d'une fonction normale de l'estomac. Celui-ci sécréterait un produit endogène qui, réagissant sur un facteur exogène de nature protéinique, donnerait un élément nouveau influençant l'hématopoïèse.

V. a observé des cas où l'anémie pernicieuse s'accompagnait d'une sécrétion gastrique à HCl libre et parfaitement normale; il en déduit que le facteur endogène peut exister dans l'estomac au cours de maladies de Biermer confirmées, et, par contre, il admet que l'absence de ce facteur ne détermine pas forcément l'anémie pernicieuse.

L'origine entérotoxique en paraît beaucoup moins probable depuis qu'aucun changement de la flore intestinale n'a été constaté à la suite des traitements anti-anémiques actifs. L'idée d'une maladie par carence semble difficile à admettre, à cause de la longue durée des rémissions spontanées. Peut-être faut-il incriminer une réaction entre un facteur gastrique et la vitamine B? et dont le produit s'emmagasinerait dans le foie. En résumé, l'existence d'anémies pernicieuses normacides inciterait plutôt à rechercher des causes extra-gastriques. L'achylie ne serait pas le fait déterminant dans l'anémie, mais seulement une condition favorable à son développement. Par contre, V. souligne le caractère familial et héréditaire de l'affection. Il pense qu'il existe de nombreuses causes provocatrices variées en action sur un terrain constitutionnel spécial et prédominant.

A. Escalier.

J. Grott et **N. Szpidbaum.** ***Recherches sur la courbe de la glycémie au cours de la journée chez les diabétiques et son importance, pour le traitement insulinique*** (*Le Sang*, t. VIII, n° 1, 1934). — G. et S. ont recherché les variations journalières du métabolisme glucidique et du seuil rénal du glucose, en étudiant la glycosurie sur des échantillons fractionnés au cours des 24 heures et le comportement de la courbe glycémique quotidienne. Les conditions ont toujours été les mêmes: trois repas identiquement dosés en glucides, protéines et graisses, et pour certains sujets, doses égales d'insuline, injectées de façon analogue (trois doses de 10 unités par jour).

Ils ont obtenu 21 courbes, classées en courbes de sujets sains, de diabétiques légers sans insulinothérapie, et de diabétiques traités par l'insuline.

Chez les sujets sains, le métabolisme des glucides s'améliore du matin au soir, spécialement sous l'influence de l'alimentation hydrocarbonée. Il s'accroît beaucoup après le repas du soir. Chez les diabétiques sans insuline, les résultats sont variables; soit courbe glycémique élevée avec chute le soir, soit courbe élevée le matin avec chute à midi et relèvement le soir, soit des variations similaires se répétant trois fois dans la journée. Chez les diabétiques à l'insuline, l'activité métabolique s'accroît après les repas, comme si l'alimentation augmentait l'insuline endogène active. Mais il est des diabétiques qui semblent résistants à l'insuline. L'examen de la glycosurie montre aussi que le métabolisme glucidique s'améliore au cours de la journée; comparé à la glycémie, il peut parfois mettre en évidence un abaissement du seuil rénal. Le taux du sucre du sang paraît être un véritable mécanisme autorégulateur. La chute glycémique après les repas se prolonge 5 heures environ. On peut déduire de tous ces faits que l'administration de l'insuline, soit en quantité, soit dans son mode de répartition, est une question purement individuelle et qu'il faut appliquer le traitement insulinique suivant le comportement du métabolisme glucidique chez chaque malade considéré.

A. Escalier.

J. Roskam. ***Purpuras hémorragiques et thrombopénie (étude expérimentale). Pathogénie du syndrome hémogénique engendré par l'administration de sérum antiplaquettes*** (*Le Sang*, t. VIII, n° 2, 1934). — Les partisans de la pathogénie thrombopénique de l'hémogénie s'appuient sur des faits cliniques et expérimentaux. R. critique leurs arguments, il n'admet pas qu'il y ait des rapports étroits et constants en clinique entre la thrombopénie, son importance, ses variations, et l'incoercibilité du saignement ou la gravité de l'affection hémogénique. Bien au contraire, des phénomènes inverses ont pu être observés (purpuras graves sans thrombopénie ou diminution considérable des plaquettes sans hémorragies).

De même, la thrombasthénie, le défaut d'agglutinabilité des plaquettes, ne serait pas forcément liée aux allongements du temps de saignement. L'inégalité de ce temps de saignement suivant la région tégumentaire considérée plaide aussi contre l'origine purement thrombopénique des purpuras.

Mais R. s'est surtout attaqué à un argument de valeur, qui est d'ordre expérimental, la possibilité de créer, chez l'animal, l'hémogénie par l'emploi de sérums thrombocytotoxiques, les sérums antiplaquettes étant les seuls toxiques purpurigènes. Il a expérimenté sur le lapin au moyen du sérum de chèvre anti-plaquettes de lapin, purpurigène et donne la technique et la description très complète de ses expériences qui lui ont donné les résultats suivants: le purpura hémorragique provoqué n'est pas dû à la thrombopénie seule; il n'est pas non plus possible de le déclancher par des lésions vasculaires pures; par contre, les saignements incoercibles apparaissent aussitôt que l'on fait agir simultanément ces deux facteurs. Mais si l'on fait varier les deux éléments, lésions vasculaires et thrombopénie, on constate que le premier est certainement le plus important. On peut donc considérer ces purpuras comme une véritable « angéiose parcellaire thrombopénique » et il semble qu'il doive en être de même en clinique humaine. Bien plus, la thrombopénie ne lui paraît pas capable de provoquer à elle seule le syndrome purpurique, tandis que les lésions vasculaires isolées pourraient peut-être le créer, comme peut le faire penser l'intégrité des plaquettes au cours des hémorragies du scorbut.

A. Escalier.

P. Emile-Weil. ***Un cas d'érythro-leucémie avec tuberculose de la rate*** (*Le Sang*, t. VIII, n° 2, 1934). — Très intéressante observation, étudiée avec beaucoup de soins pendant 15 mois, d'un cas d'érythro-leucémie, apparue chez une femme splénomégalique depuis 16 ans. L'affection fut améliorée par la radiothérapie, sauf en ce qui concerne le volume de la rate, puis il y eut une reprise, apparition d'un état anémique et mort. A l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses diffuses de la rate. Il faut noter cette association de tuberculose splénique et d'érythroleucémie, qui ne paraît pas avoir encore été signalée. Il semble que l'érythroleucémie doive être considérée ici comme une complication tardive de la splénomégalie qui l'a précédée de longues années. Deux hypothèses sont possibles: ou bien il s'agit d'une splénomégalie primitive de cause inconnue, compliquée d'abord d'érythroleucémie, puis, tout à la fin, de tuberculose localisée de la rate; ou bien, et E.-W. se rallie à cette deuxième solution, il a existé, dès le début, une splénomégalie tuberculeuse, compliquée tardivement d'érythroleucémie, et celle-ci a déterminé une reprise des phénomènes tuberculeux. A ce sujet, E.-W. rappelle que les splénomégalies tuberculeuses fibreuses ou fibro-caséeuses sont parfois très bien supportées et permettent une vie quasi normale pendant longtemps, au même titre que certaines adénopathies. La tuberculose, au cours des leucémies, est le plus souvent secondaire, mais elle peut être aussi primitive, comme elle semble bien l'avoir été dans ce cas.

A. Escalier.

REVUE DE LARYNGOLOGIE OTOLOGIE, RHINOLOGIE (Bordeaux)

Barraud (Lausanne). ***La cure de silence dans les maladies du larynx*** (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, n° 9, Novembre 1933). — Afin d'obtenir le repos du larynx, dans la tuberculose laryngée, les laryngites aiguës, subaiguës ou chroniques, il est classique de prescrire la cure de silence. Mais cette cure de silence dégénère vite en une cure moins stricte et la voix chuchotée labiale, puis à son tour la voix laryngée chuchotée forcée, la remplacent successivement. L'effort produit alors des désordres fonctionnels souvent indélébiles.

Au laryngoscope, on voit les cordes vocales, entièrement normales, à moitié cachées sous d'énormes bandes ventriculaires. Pendant la phonation, les cordes se rapprochent, mais sont dépassées dans leur mouvement d'occlusion par ces bandes ventriculaires qui arrivent au contact l'une de l'autre. Ces bandes ventriculaires jouent là le rôle d'éteignoir.

Le mécanisme de ce phénomène est simple. Pour suppléer aux cordes déficientes, les malades, inconsciemment, rétrécissent la partie sus-glottique de leur larynx par une action combinée musculaire et des parties molles hy-glosso-épiglottiques. Il s'ensuit une stase veineuse, qui amène une hypernutrition, puis une hypertrophie des bandes ventriculaires, des ventricules de Morgagni et des ligaments et muscles sous-jacents, surtout l'aryténo-épiglottique.

On est tenté de réséquer les bandes ventriculaires. La voix redevient d'abord normale, puis l'hypertrophie se reproduit rapidement, par suite de la persistance de l'habitude de suppléer aux muscles intrinsèques des cordes par les muscles extrinsèques.

Le seul traitement est la rééducation musculaire de la phonation normale. Préventivement, il faut enseigner que la cure de silence n'est bonne que si elle est stricte. Si elle ne doit pas l'être, il vaut encore mieux conseiller l'emploi de la voix ordinaire modérée. LEROUX-ROBERT.

Meyrelles do Souto (Lisbonne). ***L'autohémothérapie dans l'ozène*** (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, n° 9, Novembre 1933). — S'autorisant des bons résultats obtenus dans plusieurs dermatoses et en clinique générale par l'autohémothérapie, l'auteur a essayé cette thérapeutique dans la rhinite atrophique fétide. Il prélève au pli du coude 5 à 10 centicubes de sang et le réinjecte immédiatement sous la peau. Il renouvelle l'injection tous les 2 jours par série de 12. Il n'observe aucune complication, à peine une élévation thermique de quelques dixièmes. Après la 5e ou la 6e injection, on observe une élimination plus facile des croûtes et un aspect plus rosé de la pituitaire. Les cornets restent atrophiés.

Ce traitement symptomatique a pour avantage de faire disparaître l'odeur. Il doit être complété par un traitement interne ioduré et l'emploi local d'une pommade à l'ichtyol.

LEROUX-ROBERT.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

E. Lorenz. ***Contribution à l'épidémiologie et à la clinique de la diphtérie maligne*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 6, 10 Février 1934). — On a constaté, d'une manière générale, au cours de ces dernières années, une augmentation de la diphtérie du nez et du pharynx en même temps qu'une diminution de la diphtérie laryngée. Le maximum de fréquence de la maladie s'observe aujourd'hui chez des écoliers et non pas, comme autrefois, dans la petite enfance. Ces points sont confirmés par les recherches de L. portant sur 689 diphtériques observés entre le début de 1933 et celui de 1934. Parmi ces malades, il en est 3,4 pour 100 qui ont fait de la diphtérie laryngée et 89,7 pour 100 qui ont fait de la diphtérie du pharynx ou du nez. Le maximum de fréquence a été constaté pour la huitième année et les enfants de 10 à 14 ans sont plus malades que ceux de 1 à 4 ans.

En ce qui concerne la diphtérie toxique, il en a été observé 47 cas (6,9 pour 100) avec un premier maximum de fréquence entre la 4e et la 5e année et un second un peu moins important entre la 11e et la 12e année. Ces cas sont nettement plus fréquents après la 10e année (10 pour 100) qu'avant (5,9 pour 100). Cependant, 7 enfants âgés de 4 à 7 ans sont arrivés moribonds à l'hôpital.

Au point de vue du sérum thérapeutique, L. rappelle que Behring avait déjà constaté que le sérum échoue assez souvent dans les formes malignes. Actuellement, des statistiques extrêmement défavorables ont été publiées. Sur 178 cas, Hottinger a observé une mortalité de près de 50 pour 100. Ces cas toxiques sont caractérisés, selon L., par une odeur pénétrante, des fausses membranes étendues dans le nez, sur les amygdales et sur le pharynx, de l'œdème du palais mou et notamment de l'œdème périganglionnaire, des pétéchies, de l'insuffisance cardiaque, de la sensibilité du foie à la pression, des vomissements initiaux et des altérations rénales. Ces altérations sont particulièrement significatives quand elles sont précoces, car sur 18 cas chez lesquels elles ont été constatées, il en est 13 qui sont morts.

Au point de vue traitement, L. remarque qu'on utilise des doses qui vont jusqu'à 800.000 unités antitoxiques. Pour lui, à l'exemple de Hottinger, il s'en tient à des doses plus modérées et il associe le sérum spécifique à un sérum non spécifique. Il administre d'emblée une dose relativement élevée de sérum spécifique (8.000 à 10.000 unités antitoxiques), soit par voie intramusculaire, soit à la fois par voie intramusculaire et par voie intraveineuse. En outre, jusqu'à ce que les phénomènes locaux se soient atténués, il administre 2 ou 3 fois par jour de petites doses de 3.000 à 4.000 unités antitoxiques associées à 5 ou 10 cmc de sérum de cheval. Il a été ainsi injecté au maximum 36.000 unités antitoxiques.

Sur le total de 47 malades, il y a eu 21 décès (45 pour 100). Si on élimine les malades arrivés moribonds, le nombre des décès s'abaisse à 14 (35 pour 100). Ces 14 décès appartiennent rarement à la catégorie des décès précoces, mais au contraire au « syndrome secondaire de la diphtérie toxique » de Marfan. Sur les 26 malades guéris, il en est 16 auxquels il a été injecté jusqu'à 1.000 unités antitoxiques par kilogr. soit en moyenne 16.500. Chez les 10 autres, les doses ont été beaucoup plus élevées. Les résultats ont été cependant très semblables notamment au point de vue des complications secondaires. Il semble, en tout cas, que les doses gigantesques de 400.000 unités antitoxiques ne donnent pas de résultats supérieurs. La sérothérapie reste le procédé de choix dans la diphtérie pharyngée maligne.

P.-E. MORHARDT.

Dragomir Mateeff et **Chr. Petroff.** ***La signification du tonus musculaire pour la circulation du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 6, 10 Février 1934). — Dans la station debout, les vaisseaux de la partie inférieure du corps se dilatent et il revient au cœur un volume de sang moindre, d'où diminution du débit par pulsation et par minute ainsi que de la pression sanguine. Il survient ensuite une accélération compensatrice du cœur et finalement un nouvel état d'équilibre avec stabilisation et disparition de la dilatation des capillaires et des veines.

Mais dans quelques cas, cette dilatation peut persister en créant des troubles circulatoires. Le tonus des vaisseaux ne joue pas un très grand rôle pour empêcher cette dilatation de continuer. Par contre, celui des tissus avoisinants et plus spécialement des muscles squelettiques est plus important. C'est ce qui a amené M. et P. à étudier ces phénomènes chez des sujets à tonus musculaire diminué, augmenté ou normal.

Dans le premier cas, les troubles de la répartition du sang peuvent être si marqués qu'en 5 à 25 minutes, il survient une insuffisance circulatoire complète, un choc par gravitation. En plaçant des bandes élastiques sur les extrémités inférieures, allant de la plante des pieds au bassin, on empêche ces troubles d'apparaître.

Chez les malades au tonus musculaire exagéré ou normal, ces troubles ne sont guère marqués, car les capillaires et les veines ne peuvent pas se dilater et le retour du sang au cœur se fait normalement. P.-E. MORHARDT.

Erich Hoffmann et **Wilhelm Frohn.** ***Préparation, à partir d'un milieu liquide, d'une culture pure directement virulente de Spirochaeta pallida, à partir d'un syphilome de lapin*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 6, 10 Février 1934). — A partir d'un chancre de lapin obtenu avec la souche Nichol et non ulcéré, on a pu avoir, sur milieu liquide de Kroô, une culture pure de spirochètes tout à fait analogue au *Spirochaeta pallida*. Cette culture a persisté sans difficulté au cours de 22 passages. Au point de vue forme, mouvement, tendance à l'agglomération, ces spirochètes sont tout à fait identiques à ceux qui sont observés dans l'organisme humain ou animal.

On a constaté des divisions transversales et une transformation en granulations au cours de 6 à 8 jours. On n'a, par contre, pas observé de bourgeonnements latéraux.

L'inoculation dans les deux testicules du lapin a fait apparaître en 30 jours environ un nodule caractérisé dans les coupes duquel on a retrouvé des *Spirochaeta pallida*. Il est procédé actuellement à des expériences de culture et d'inoculation à l'animal sur des singes.

P.-E. MORHARDT.

Pedro Barreda. ***La valeur diagnostique de la détermination de la cholestérine du sang après administration de cholestérine « per os »*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 8, 24 Février 1934). — L'administration de cholestérine a provoqué dans certains cas, d'après Bürger, une élévation de la cholestérine du sang. Pour préciser ces constatations, B. a repris des recherches en ce sens à la clinique de Thannhaüser. Pour cela, il a administré à des sujets d'expérience 100 gr. d'huile dans lesquels il avait été dissous 5 gr. de cholestérine. Il a été constaté seulement dans 3 cas une augmentation de un quart par rapport aux chiffres initiaux qui, d'ailleurs, étaient faibles. Dans les autres cas, la cholestérine totale n'a pas augmenté.

Dans une autre série de 10 cas qui, préalablement, avaient été soumis à un régime pauvre en graisses et en cholestérine, il n'a été constaté qu'une seule fois une augmentation de 20 pour 100. Enfin, la même expérience a été reprise dans une série de cas pathologiques (diabète, ictère parenchymateux ou catarrhal, cirrhose du foie, cholélithiase, cancer des voies biliaires). La cholestérine n'a augmenté dans aucun de ces cas; mais, par contre, chez un sujet atteint de maladie d'Addison, on a constaté une élévation de 60 pour 100.

Une autre constatation faite par B., c'est qu'un régime pauvre en graisses et en cholestérine n'a pas d'influence sur la cholestérinémie à jeun.

Quant aux relations entre la cholestérine libre et la cholestérine éthérifiée, il a été constaté qu'elles étaient normales dans tous les cas étudiés sauf dans un cas d'ictère parenchymateux et dans deux cas de cancer des voies biliaires avec ictère où ce rapport était faible. Il se confirme ainsi que dans les altérations graves du foie, les éthers de la cholestérine diminuent.

P.-E. MORHARDT.

Sigismund Peller. ***Nouvelles recherches sur les amygdales et la croissance*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 8, 24 Février 1934). — Dans un travail antérieur, P. a déjà montré que les amygdales doivent être considérées comme un facteur d'inhibition au point de vue de la crois-

sance. Ses recherches ont porté sur 1.045 enfants de 13 ans et demi à 16 ans, présentant de l'hypertrophie des amygdales et sur 1.643 enfants du même âge ayant subi l'amygdalectomie. Les tonsillectomiés sont, à ces âges, de 3 cm, plus grands que ceux qui ont de l'hypertrophie des amygdales et de 1 cm. 9 plus grands que ceux qui ont des amygdales normales. En ce qui concerne le poids : les garçons tonsillectomiés pèsent 3 kilogr. 900 de plus que ceux qui présentent de l'hypertrophie des amygdales et 2 kilogr. 400 de plus que ceux qui ont des amygdales normales. Pour les filles, les différences sont nettes mais moins marquées.

En calculant le poids par centimètre de taille, il a été trouvé pour 15 à 15 ans et demi chez les garçons 292 gr. quand il y avait hypertrophie des amygdales et 317 gr. quand il y avait tonsillectomie. Chez les filles, les chiffres correspondants étaient 304 et 315 gr.

Pour compléter ses recherches, P. a étudié le développement de la cage thoracique pendant l'expiration et l'inspiration maxima chez 1.579 filles dont 255 tonsillectomiées. Il a été ainsi constaté que l'ablation des amygdales amène un développement de la cage thoracique correspondant à une avance de 6 mois à 1 an. Ainsi, par exemple, l'étroitesse de poitrine extrême correspondant à une circonférence thoracique proportionnelle de 40 à 44 n'a pas été constatée chez les tonsillectomiées. Chez les filles de 14 ans, avec hypertrophie des amygdales, on en trouve 55 pour 100 dont la circonférence thoracique proportionnelle va de 50 à 54. Parmi les filles tonsillectomiées, il en est 57,7 pour 100 qui appartiennent à ce groupe. Les chiffres correspondants pour la circonférence thoracique proportionnelle allant de 55 à 59 sont respectivement 5,6 et 11,5.

P.-E. Morhardt.

C. H. Behr. ***La question de la coagulation du sang après injection de rouge Congo*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 8, 24 Février 1934). — On discute encore les raisons pour lesquelles les injections de rouge Congo accélèrent la coagulation du sang. B. a donc poursuivi des recherches d'hématologie chez 10 convalescents avant et après injection de rouge Congo. Il a constaté, dans tous les cas, sous l'influence de ce produit, une accélération nette de la coagulation et de la sédimentation surtout au cours de la 2e heure. La numération des thrombocytes a donné, d'après la méthode de Fonio, l'absence d'augmentation et au contraire, d'après la méthode de Lampert, une augmentation très nette. Enfin, les leucocytes ont présenté des granulations basophiles.

Il faut conclure de ces faits, d'abord à une augmentation de la globuline et du fibrinogène aux dépens de la sérine. L'origine de ce fibrinogène peut être cherchée dans le fait que l'injection de rouge Congo stimule le système réticulo-endothélial qui serait ainsi amené à augmenter sa production de globuline et de monocytes.

Mais il semble plutôt qu'il y ait des relations entre l'activité cellulaire des leucocytes et cette augmentation de la globuline. Effectivement, dans les étalements, il n'apparaît plus que des leucocytes à granulations basophiles et jeunes comme on en constate non seulement dans les infections septiques et inflammatoires, mais aussi dans les états allergiques et chez les neurasthéniques. Ces granulations basophiles sont constituées par des éléments phagocytés transformés puis finalement expulsés par les cellules. Les thrombocytes doivent d'ailleurs être considérés comme ayant une origine de ce genre. On doit donc admettre que les leucocytes abandonnent des masses qui modifient l'état colloïdal du sérum. Ces masses donneraient naissance à des protéines à grosses molécules, voire même à du fibrinogène.

P.-E. Morhardt.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

F. S. Hansman et **F. H. Wilson** (Sydney). ***Métabolisme calcique et phosphoré dans les maladies de l'appareil thyréo-parathyroïdien.*** 1re partie : ***Calcium, phosphore et métabolisme total dans l'hyperthyroïdie et rôle joué par les glandes parathyroïdes*** (*The medical Journal of Australia*, XXIe année, t. 1, n° 2, 13 Janvier 1934). — Chez plusieurs hyperthyroïdiens, on a fait, pendant des périodes dépassant parfois 20 jours, des bilans minutieux du calcium, du phosphore et de l'azote ingérés et excrétés par les urines et par les matières. Ces malades étaient, en outre, sérieusement examinés cliniquement et suivis au point de vue évolutif, notamment par la recherche quotidienne du métabolisme basal.

7 malades atteints d'hyperthyroïdie présentaient une mobilisation et une excrétion exagérée du calcium et du phosphore. L'étude expérimentale apporta des faits en faveur d'une hyperparathyroïdie associée comme cause directe de cette augmentation de l'excrétion calcique et phosphorée.

Dans 2 cas où l'hyperthyroïdie s'accompagnait d'hypoparathyroïdie, l'équilibre calcique et phosphoré n'était pas atteint.

Quoique l'hyperthyroïdie soit souvent accompagnée d'un bilan calcique et phosphoré négatif, cela n'est pas constant. Il est possible que calcium et phosphore soient en équilibre ou que leur bilan soit positif. L'hyperthyroïdie, en soi, n'a aucune action spécifique sur le métabolisme du calcium et du phosphore. Ces recherches ne cadrent pas avec la thèse de Aub et ses collaborateurs et celle de Hunter que la thyroxine a un effet catabolique direct sur les dépôts calciques des os. Elles ne confirment pas non plus la découverte de ces chercheurs que l'excrétion du calcium mobilisé est surtout fécale.

Robert Clément.

F. S. Hansman. ***Métabolisme calcique et phosphoré dans les maladies de l'appareil thyréo-parathyroïdien.*** IIe Partie : ***Le problème du mode d'action de la vitamine D*** (*The medical Journal of Australia*, XXIe année, t. I, n° 3, 20 Janvier 1934). — A 2 malades, atteints d'hyperthyroïdie avec hypoparathyroïdie, dont on avait fait minutieusement les bilans calcique, phosphoré et azoté, H. a administré, par jour, 2, 3 ou 5 milligr. d'ergostérol irradié et a mesuré ensuite la calcémie, la phosphorémie, l'excrétion urinaire et fécale de ces 2 corps, le métabolisme basal, le poids, et les réactions électriques des principaux muscles des membres. L'ergostérol a été administré pendant 7 périodes de 4 jours, puis le malade fut mis en observation pendant 84 jours consécutifs.

Sous l'influence de cette médication, le métabolisme basal continua à diminuer, le poids à augmenter. Le bilan azoté ne fut pas influencé par l'administration du facteur D. Le bilan du phosphore, qui était positif, le devint davantage. Le bilan du calcium, légèrement négatif, sauf durant la menstruation où il était positif, fut converti en bilan légèrement positif. L'effet de l'ergostérol sur la rétention du phosphore et du calcium alla en diminuant et fut moins intense au cours des dernières périodes d'administration de la vitamine D.

L'heureux effet du facteur D dans l'hypoparathyroïdie n'est pas dû à une meilleure absorption du calcium au niveau du tractus intestinal ni aux modifications dans le sérum sanguin du taux du calcium, de celui du phosphore inorganique ou du rapport Ca/P.

H. suppose que la vitamine D agit en rendant le calcium apte au métabolisme tissulaire.

Robert Clément.

LE SCALPEL (Bruxelles)

Fr. Van Dooren. ***Etude de la pression moyenne*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 1, 6 Janvier 1934). — En prenant directement la pression moyenne par ponction artérielle à l'aide d'une aiguille de diamètre moyen réunie à un manomètre à mercure au moyen d'une solution de citrate de soude, D. a pu constater sur plus de 80 mesures prises aux bras, aux jambes et aux pieds que la valeur de la pression moyenne ainsi obtenue est la même que celle calculée sur la courbe oscillométrique. La méthode sanglante n'a donc aucun avantage sur la sphygmomanométrie.

Dans 80 pour 100 des cas, il y a une différence de moins d'un centimètre de mercure entre la pression moyenne calculée avec l'oscillomètre et celle mesurée directement dans l'artère humérale.

La pression moyenne a des valeurs différentes suivant où on la recherche directement, il faut tenir un grand compte des facteurs locaux.

Normalement, la pression moyenne est proportionnelle à la minimale; elle ne devient anormale que lorsqu'elle se détache de cette dernière. C'est dans l'hypertension artérielle et l'athérome que se rencontre le plus nettement l'élévation anormale de la pression moyenne.

Les élévations de la pression moyenne sont moins sous la dépendance de l'insuffisance cardiaque que de la perte de l'élasticité vasculaire.

Robert Clément.

L. Weekers et **R. Hubin.** ***Contribution à l'étude des affections oculaires de provenance dentaire*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 6, 10 Février 1934). — La provenance dentaire de certaines lésions, comme les phlegmons orbitaires, est bien établie. Existe-t-il des affections oculaires qui puissent être rattachées à une infection dentaire non pas aiguë, mais chronique? La chose est encore discutée. W. et H. versent au débat 3 observations.

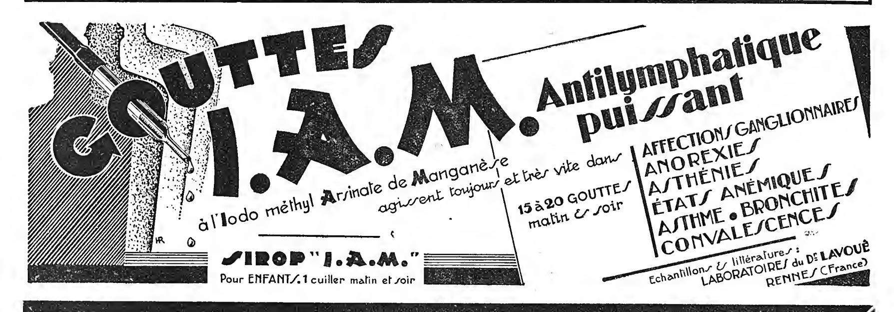
Un homme de 45 ans, ayant présenté une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit avec scotome central absolu et aspect névritique de la papille, avait une première grosse molaire supérieure du même côté fortement cariée. Le jour même de l'extraction, il y eut amélioration manifeste de la vision de l'œil droit. L'œdème rétinien maculaire disparut, il resta 2 petites lésions de chorio-rétinite, un petit scotome paracentral et l'acuité visuelle de cet œil est redevenue normale.

Phénomènes analogues chez une femme de 22 ans présentant une papillite avec diminution de la vision du côté d'une molaire supérieure cariée. Dès le surlendemain de l'ablation, amélioration visuelle remarquable et retour de l'acuité visuelle à peu près à l'unité en 3 semaines, le disque optique restant seulement un peu pâle.

Une rétinite exsudative avec gros placards hémorragiques et figure stellaire dans la région périmaculaire fut aussi améliorée par l'extraction de la prémolaire supérieure correspondante cariée, l'acuité visuelle qui était de 1/20 se releva à 3/10 8 jours après l'avulsion dentaire pour atteindre 5/10, 3 semaines après.

Ces faits ne permettent pas à eux seuls de tirer des conclusions. Il s'agit de cas rares; la relation entre les lésions oculaires et l'infection dentaire n'est pas évidente et pourrait être facilement méconnue. La réalité de la névrorétinite hémorragique de provenance dentaire ne paraît pas encore démontrée, elle ne pourrait l'être que si des observations comme celles-ci se multipliaient.

Robert Clément.


GOUTTES
I.A.M.
Antilymphatique puissant
à l'Iodo méthyl Arsinate de Manganèse
agissent toujours et très vite dans
AFFECTIONS GANGLIONNAIRES
ANOREXIES
ASTHÉNIES
ÉTATS ANÉMIQUES
ASTHME • BRONCHITES
CONVALESCENCES
15 à 20 GOUTTES matin & soir
SIROP "I.A.M."
Pour ENFANTS.1 cuiller matin et soir
Echantillons & littératures : LABORATOIRES du Dr LAVOUÉ RENNES (France)


PILULES
INSULINE FORNET
POMMADE
la seule applicable
par la voie digestive
Laboratoires THAÏDELMO 23, rue du Caire, PARIS (2e) Tél: Gut 03-45

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

(Bruxelles)

A. Gratia et O. Gilson. ***Le phénomène d'Arthus au catgut, cause insoupçonnée d'accidents post-opératoires*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, Ve série, t. XIV, n° 2, 3 Mars 1934). — Après les opérations même bénignes, on peut avoir des incidents post-opératoires depuis des adhérences plus ou moins douloureuses jusqu'à des obstructions intestinales. Au cours de réinterventions, on a pu constater qu'une anse intestinale était adhérente tout le long d'un surjet ou d'une ligature au catgut.

Pour vérifier si ces accidents n'étaient pas des manifestations d'anaphylaxie locale due à l'introduction d'un antigène (muscle de mouton qui constitue le catgut) dans un organisme sensibilisé, on a introduit aseptiquement des fragments de catgut dans la cavité péritonéale de cobayes. Chez les animaux neufs, le catgut 8 jours après est résorbé ou libre dans la cavité péritonéale ou enrobé dans le voile épiploïque sans réaction. Chez les cobayes sensibilisés antérieurement au sérum de cheval, au sérum de mouton, ou aux sérums, on trouve 8 jours plus tard le catgut incrusté dans le péritoine au centre d'une réaction œdémateuse, congestive, hémorragique et plastique; il est le point de départ d'adhérences unissant le péritoine viscéral au péritoine pariétal et à l'épiploon. Ces manifestations sont un peu moins intenses chez les animaux sensibilisés au sérum de cheval que chez ceux qui le sont au sérum de mouton.

L'introduction dans la cavité péritonéale d'un lapin, neuf ou sensibilisé, de poudre de catgut stérilisée en émulsion dans l'eau physiologique, a donné des résultats analogues. L'examen histologique montre la nature anaphylactique et non septique des lésions ainsi produites.

Pour diminuer ces réactions, les diverses méthodes anti-anaphylactiques ont été essayées sans grands résultats. Cependant, le catgut laissé quelque temps au contact de sérum de lapin antimouton perd la propriété d'éveiller des réactions lorsqu'il est injecté à des animaux sensibilisés.

Une discussion a suivi cette communication où des opinions diverses ont été émises, les uns adoptant la manière de voir de G. et G., les autres soulevant des objections; notamment M. Delrez a insisté sur le désaccord entre les faits cliniques observés chez l'homme et les constatations expérimentales. ROBERT CLÉMENT.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES

(Louvain)

E. Delcourt-Bernard (Liége). ***Etude expérimentale de l'action de la 3,5 di-iodo-tyrosine dans le traitement de l'hyperthyroïdie*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. VI, n° 1, Janvier 1934). — Chez 12 hyperthyroïdiens, pendant la préparation à l'intervention chirurgicale. D. a cherché à préciser l'action de la di-iodo-tyrosine sur les échanges respiratoires, le pouls, le poids et les autres symptômes de l'hyperthyroïdie et à la comparer à celle de l'ingestion d'une quantité similaire d'iode sous forme de liqueur de Lugol. Les doses administrées ont été de 0 gr. 10, 0 gr. 20 et 0 gr. 30 de di-iodo-tyrosine en comprimés, soit respectivement 58,55, 117 et 175 milligr. d'iode par jour.

Sur 12 cas, 8 ont montré un abaissement et 4 une élévation des combustions respiratoires sous l'influence de la di-iodo-tyrosine. Le Lugol, lorsqu'il abaisse les combustions, semble agir plus sur la ventilation que sur la consommation d'oxygène; et sur celle-ci plus que sur la ventilation lorsqu'il détermine une élévation du taux des échanges. La di-iodo-tyrosine, au contraire, a plutôt tendance à abaisser davantage la consommation d'oxygène lorsqu'elle abaisse les échanges et à agir également sur les deux facteurs lorsqu'elle élève les combustions.

Les augmentations de poids les plus importantes et les plus fréquentes sont à l'avantage du Lugol. Il n'y a guère de différence entre l'action des deux substances sur le pouls et les autres symptômes de l'hyperthyroïdie.

On ne peut attribuer à la di-iodo-tyrosine la valeur toute particulière que lui reconnaissent certains auteurs germaniques, pas plus que l'assimiler purement et simplement à une solution d'iode inorganique.

La di-iodo-tyrosine est facilement absorbée et tolérée. Sans avoir l'efficacité et la maniabilité du Lugol, elle peut rendre des services en relayant le Lugol, et en ménageant la tolérance gastrique diminuée de ce produit.

Le fait que la di-iodo-tyrosine peut déterminer une élévation des échanges respiratoires avec accélération du pouls commande une surveillance rigoureuse de son emploi.

ROBERT CLÉMENT.

NOWINY LEKARSKIE

(Varsovie)

S. Laguna. ***Assassinat par pendaison*** (*Nowiny Lekarskie*, t. XLV, fasc. 19, 1er Octobre 1933). — L. rapporte les détails de l'assassinat par pendaison pratiqué sur une femme jeune, normale, de forte constitution. En dehors du sillon, le corps ne portait aucune trace de violence. L'assassinat a été accompli par surprise, par le mari de la pendue avec complicité d'une sœur. L. souligne la rareté du meurtre par pendaison et met en garde le médecin légiste contre la simulation du suicide. Il insiste sur la nécessité d'un examen minutieux de tous les détails et circonstances qui ont accompagné le crime. FRIBOURG-BLANC.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(Lausanne)

M. Roch. ***Hypertension et diabète sucré*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. XIV, n° 2, 25 Février 1934). — La coexistence d'hypertension artérielle et de diabète est un fait souvent observé. Chez 98 diabétiques au-dessus de 45 ans, R. a trouvé 72 pour 100 d'hypertendus, 14,7 pour 100 de sujets à tension normale; 13,3 pour 100 étaient hypotendus.

Le plus souvent, cependant, l'hypertension n'est pas très forte chez les diabétiques et il n'y a aucun parallélisme entre l'importance du diabète et l'élévation du taux tensionnel.

Il faut distinguer entre les diabètes, le diabète gras seul donnant une grosse porportion d'hypertendus.

Les complications artérielles sont fréquentes au cours du diabète; elles semblent plus fréquentes depuis le traitement insulinique. Avant l'insuline, l'artério-sclérose et ses conséquences pouvaient être incriminées comme cause de mort chez les diabétiques dans 15 pour 100 des décès, cette proportion est aujourd'hui de 47 pour 100. Il est probable que les mêmes causes interviennent dans les deux syndromes et les font évoluer parallèlement.

Il est peu vraisemblable que le diabète soit en lui-même une cause d'hypertension. Au contraire, les états hypertensifs par les altérations qu'ils provoquent à la longue, et tout particulièrement au niveau du pancréas, peuvent être considérés comme cause originelle de bien des cas de diabète.

ROBERT CLÉMENT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

H. Stalder. ***Duodénocholangite et Lamblia intestinalis*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 5, 3 Février 1934). — Le pouvoir pathogénique des Lamblia a été discuté. Il est cependant des cas où on peut admettre l'existence de relations causales entre ces parasites et les symptômes. Il en est ainsi chez une femme de 28 ans qui se plaint, depuis 4 ans, de « douleurs gastriques » survenant d'une façon tout à fait indépendante des repas. Ces douleurs sont assez pénibles pour rendre parfois la malade incapable de travailler pendant un ou deux jours. Dans la bile A, on trouve de nombreuses lamblia mobiles. Mais on n'en trouve pas beaucoup dans la bile B. L'éosinophilie atteint 2,5 pour 100. Une série de sondages duodénaux accompagnés d'administration duodénale de sulfate de magnésie et de yatrène ont quelque peu amélioré les choses. Mais au bout de cinq mois, les troubles reparaissent et on se borne à donner de l'acide chlorhydrique et de l'huile de paraffine.

Il s'agit là évidemment d'une malade chez laquelle on aurait fait le diagnostic de troubles fonctionnels et nerveux si des Lamblia n'avaient pas été retrouvées. Il est vraisemblable d'ailleurs que ces parasites doivent exister beaucoup plus souvent qu'on ne le croit dans des cas de ce genre. Mais les complications sévères doivent être exceptionnelles.

P.-E. MORHARDT.

F. de Quervain et A. Schüpbach. ***La péricardite fibreuse et son traitement chirurgical*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 5, 3 Février 1934). — Dans la première partie de ce travail qui est due principalement à S. il est exigé une distinction nette entre la *concretio* ou symphyse des deux feuillets péricardiques et l'*accretio* qui est l'adhérence du péricarde pariétal avec les organes voisins et qui constitue par conséquent une médiastino-péricardite. L'existence de l'une ou l'autre de ces lésions n'entraîne d'ailleurs pas nécessairement des symptômes cliniques. Cependant, en cas de concretio, les symptômes, quand ils existent, sont surtout ceux d'une insuffisance de la diastole tandis que, au contraire, dans l'accretio, c'est principalement la systole qui est gênée. Dans le premier cas, le diagnostic se fonde surtout sur le fait que les contours du cœur présentent une diminution de la mobilité. Mais en cas de gros cœur, c'est-à-dire d'une combinaison de péricardite fibreuse avec des altérations du myocarde et des lésions valvulaires, le diagnostic est très difficile, voire même impossible.

L'accretio qui, d'ailleurs, le plus souvent, se surajoute à la concretio, est, beaucoup moins régulièrement qu'on ne l'admet, liée à la rétraction systolique au niveau de la pointe. La constatation d'adhérences et de sclérose de la lingula et l'absence de mobilité du cœur sont beaucoup plus importantes.

La kymographie donne des résultats très importants en montrant que les bords du cœur ne présentent plus aucun mouvement. Cette méthode apporte donc un symptôme absolument démonstratif qui cependant ne permet pas à lui seul de distinguer entre les péricardites adhésives et les péricardites exsudatives.

Les données de l'électrocardiogramme sont moins importantes. En particulier, le signe décrit par Dieuaide, montrant l'absence des modifications de l'électrocardiogramme observées normalement suivant qu'on fait prendre un décubitus latéral ou dorsal, est inconstant. Mais l'électrocardiogramme

est utile pour apprécier les fonctions du myocarde, quand une intervention chirurgicale est en vue.

Au point de vue de l'étiologie, la tuberculose joue le premier rôle tandis que le rhumatisme infectieux est beaucoup plus exceptionnel. Mais il faut songer aussi à la médiastino-péricardite syphilitique. Dans cette affection, il intervient également une constitution spéciale, une diathèse fibroplastique avec *status irritabilis* comme le montre le fait que chez une des malades de Q. et S., la cicatrice d'une opération antérieure avait donné lieu à une chéloïde considérable.

Il est donné en détail 7 observations. Dans un cas, la péricardectomie a déterminé une grande amélioration mais la mort est survenue 20 mois plus tard par généralisation de la tuberculose. Dans un second cas, la cardiolyse et la péricardectomie ont eu des résultats très satisfaisants qui se maintiennent depuis 3 ans. Dans un 3e cas, la mort est survenue pendant l'opération. Dans les 4e et 5e cas, la mort est survenue avant qu'on ait pu opérer. Dans le 6e cas, l'intervention est prévue pour le cas où l'état ne s'améliorerait pas et enfin, dans le 7e cas, la mort est survenue, par insuffisance cardiaque, 13 jours après l'intervention, vraisemblablement parce que le cœur n'avait été libéré qu'incomplètement.

Dans la dernière partie, où il est question de thérapeutique chirurgicale et qui est due spécialement à Q., il est remarqué tout d'abord que les progrès faits dans ces dernières années ont fourni une base solide pour les interventions chirurgicales. Il est d'ailleurs nécessaire de distinguer entre les interventions extra-péricardiques, beaucoup moins graves, c'est-à-dire l'opération de Brauer ou cardiolyse et l'intervention de Delorme précisée par Rhein dans laquelle on procède à une décortication et à une résection du péricarde. Cette dernière est d'ailleurs l'opération de choix toutes les fois qu'il y a concretio.

Après un exposé historique de ces questions, il est donné quelques indications sur la technique. L'ouverture de la plèvre ne peut pas toujours être évitée et n'a pas de gravité. D'une façon générale, on doit, au cours de l'opération, songer à la possibilité d'un clivage du péricarde pariétal et pour cela aller dans la profondeur, au niveau du ventricule gauche jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le myocarde et sur les vaisseaux coronaires. On doit renoncer à toute cardioplastique qui ne peut qu'augmenter la tendance à la fibrose.

P.-E. Morhardt.

L. R. Grote et **Heinrich Meng**. ***Traitement interne et psychothérapique de la maigreur endogène*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 7, 17 Février 1934). — G. et M. donnent 2 observations de maigreur endogène dont l'une concerne une jeune fille de 18 ans qui pèse 37 kilogr. 900 pour une hauteur de 175 cm. On ne constate d'ailleurs aucun symptôme physique anormal en dehors d'une légère anémie secondaire. On procède à une cure d'engraissement typique avec repas d'hydrates de carbone toutes les heures et insuline jusqu'à 40 unités par jour. En 40 jours, l'augmentation de poids est de 10 kilogr. Au bout d'une année, la malade, sans avoir fait aucune rechute, atteint 60 kilogr. et se trouve en très bonne santé.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, pesant 45 kilogr. 500 pour une taille de 171 cm. Le métabolisme de base est abaissé (—25,2 et —20 pour 100). Chez cette malade, le même traitement poursuivi pendant 25 jours ne donne absolument rien.

Il est à remarquer que, dans ces deux cas, malgré les doses relativement élevées d'insuline, il n'est pas survenu d'hypoglycémie appréciable, simplement un peu de tremblement et des sueurs profuses. Il n'est d'ailleurs pas possible de savoir pourquoi un de ces cas a réagi autrement que l'autre.

D'autre part, la jeune fille qui fait l'objet de cette seconde observation a été étudiée au point de vue psychique et, sans procéder à une psychanalyse proprement dite, on a néanmoins fait un essai d'associations libres. Cette méthode poursuivie pendant 4 mois à peu près sans résultat a fini par provoquer brusquement une augmentation de poids rapide et considérable qui paraît bien être due au traitement psychique, mais dont le mécanisme ne s'explique pas. Un nouvel examen de la malade montre que le métabolisme de base est toujours abaissé malgré l'augmentation considérable de poids.

P.-E. Morhardt.

Fritz Ludwig et **Julius von Ries**. ***Hormones, vitamines, croissance cellulaire et carcinome*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 7, 17 Février 1934). — L. et R. ont déjà eu l'occasion de montrer que la germination des graines de blé est accélérée par des irradiations de haute fréquence unipolaires et, au contraire, inhibée par des irradiations de haute fréquence bipolaires. Ce phénomène doit être attribué à l'action de l'irradiation sur les substances de croissance. Chez les souris auxquelles on a greffé une tumeur, on constate que les irradiations bipolaires provoquent une régression nette des tumeurs bien que l'animal meure peut-être du fait de produits de désintégration des tumeurs. La haute fréquence unipolaire est, par contre, sans effet.

En faisant germer des graines de blé en présence de diverses hormones, il a été constaté que seule la pituitrine provoque une légère accélération de la croissance tandis que toutes les autres l'inhibent (élityran, progynon, insuline, adrénaline et surtout prolan et préloban dont l'action est particulièrement marquée).

En exposant les graines ainsi soumises à l'action des diverses hormones, aux effets des irradiations ultra-violettes ou rouges, il a été constaté que, dans la plupart des cas, les effets des hormones sont profondément modifiés par les irradiations. Ainsi, par exemple, les effets de l'adrénaline sont accentués par les rayons ultra-violets et diminués par les rayons rouges. Il en est à peu près de même pour l'élityran et le progynon, etc.

En terminant, L. et R. rappellent les premières recherches de Ludwig ayant mis en évidence l'importance des vitamines dans les phénomènes de croissance des tumeurs, travaux qui depuis ont été confirmés par un grand nombre d'auteurs et notamment par Gaspari. Il semble, dans l'ensemble, que ce soit de l'équilibre existant entre les substances stimulantes et les substances inhibantes de la croissance que résulte la multiplication des cellules et plus spécialement l'accroissement des tumeurs. En cas de tumeur il y aurait altération des noyaux cellulaires due à des troubles endocriniens. Enfin, il a été constaté d'abord, avec l'adrénaline, mais surtout avec le prolan, qu'on arrive à faire régresser et parfois même à faire disparaître les tumeurs malignes greffées à des souris.

P.-E. Morhardt.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

G. Pètrên (Lund). ***Sur les symptômes de l'embolie cérébrale gazeuse des opérations sur la plèvre ou le poumon*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. LXXIV, fasc. 1-3, 3 Février 1934). — P. rapporte l'observation d'une hémiplégie gauche mortelle, survenue à la suite d'une opération à l'anesthésie régionale pour abcès du poumon et empyème localisé de la base, consécutifs à une pneumonie chronique du lobe inférieur droit, chez un homme de 59 ans. Chez un homme de 21 ans, présentant une pleurésie purulente à streptocoques, une thoracotomie, à l'anesthésie locale, et le drainage de la plèvre furent suivis d'accidents nerveux graves avec hémianexie homonyme. Accidents analogues chez un jeune homme de 18 ans à la suite d'une opération thoracoplastique.

A propos de ces 3 cas de manifestations nerveuses attribuées à des embolies cérébrales gazeuses, consécutives à des interventions sur la plèvre ou le poumon, la question de l'embolie cérébrale gazeuse artérielle est passée en revue.

Robert Clément.

A. Ryden (Lund). ***Contribution à la question de la thrombopénie essentielle*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. LXXIV, fasc. 1-3, 3 Février 1934). — 11 cas de purpura chronique thrombo-pénique rapportés ici permettent à R. de dresser un tableau de la maladie et de donner son opinion sur le traitement de cette affection.

Les hémorragies spontanées des muqueuses et de la peau, la coagulation sanguine rapide, la diminution considérable du chiffre des thrombocytes, l'évolution chronique avec rémissions spontanées et rechutes sont les caractéristiques de l'affection.

La transfusion sanguine est la plus importante des méthodes conservatrices ; elle peut déclancher une rémission et parfois être d'une importance décisive pour le résultat final.

La splénectomie est l'intervention thérapeutique la plus sûre. Mais la mortalité opératoire est probablement plus élevée que ne l'indiquent les statistiques et au moins de 9 pour 100. On ne saurait considérer l'opération comme un traitement vraiment étiologique, mais plutôt comme un palliatif, d'ailleurs efficace. La très grande majorité des malades retire un grand bénéfice de la splénectomie, mais, dans un certain nombre de cas, l'amélioration est incomplète ou il se produit des récidives. Les rechutes et les autres complications de la splénectomie surviennent en général au cours de la première année après l'opération. En réexaminant après un an un malade splénectomisé pour thrombopénie essentielle, on peut établir son pronostic avec une assez grande certitude.

Robert Clément.


LA BIOTHÉRAPIE
ANTIVIRUS

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Cestan, Riser et **Géraud** (Toulouse). ***De la sclérose en plaques aiguë (nouvelle observation anatomo-clinique; expérimentation)*** [*Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 3, Mars 1934]. — C., R. et G. relatent l'observation d'une jeune femme de 33 ans, qui présenta un tableau clinique et humoral de sclérose multiple, s'étant installé rapidement, en un mois; une poussée évolutive grave survint à la fin de cette période, qui détermina une myélite flasque grave et une encéphalite psychosique à type de confusion onirique. La malade succomba rapidement, en une semaine, avec perforation digestive et péritonite terminales, s'apparentant peut-être aux ulcérations gastriques « neurologiques » de Cushing. La durée totale de la maladie fut de 4 mois. Les auteurs décrivent les lésions macroscopiques et histologiques des lésions du système nerveux qu'ils ont observées dans ce cas. Ils soulignent les particularités suivantes:

1° Au niveau des plaques cortico-sous-corticales des hémisphères, on note une atteinte massive des éléments ganglionnaires de la substance grise, ce qui contraste singulièrement avec l'intégrité relative de ceux-ci au niveau de plages médullaires.

2° En d'autres points, au niveau de la substance grise des circonvolutions cérébrales, on note une raréfaction diffuse cellulaire et des lésions variables de chromatolyse en dehors de toute plaque, de tout foyer localisé: de plus, le parenchyme est nettement infiltré d'éléments ronds, cellules gliales et lymphocytes.

3° Dans le *locus niger*, sans qu'il y ait de très grosses lésions comme dans l'encéphalite, en dehors des plaques de démyélinisation exceptionnelles, on note aussi une infiltration évidente du parenchyme, entre les éléments ganglionnaires, d'ailleurs intacts. Les vaisseaux de cette région sont très fortement infiltrés: il n'y a pas de produits de désintégration.

Les mêmes lésions très différentes de celles de la sclérose en plaques banale se retrouvent au niveau de certains noyaux du pont; mais quelques signes de chromatolyse des éléments ganglionnaires se surajoutent. Dans des zones, véritablement indemnes, et loin de tout foyer de désintégration myélinique, même minime, on trouve des infiltrations périvasculaires importantes, dans le bulbe par exemple.

C., R. et G. présentent une vue d'ensemble clinique et anatomique de la sclérose multiple aiguë. Ils exposent enfin les résultats des recherches expérimentales qu'ils ont pratiquées par des inoculations au singe, au lapin et au rat, à l'aide de produits de malades atteints de sclérose multiple. L'expérimentation doit être poursuivie.

L. Rivet.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

G. G. J. Rademaker et **R. Garcin**. ***Le réflexe de clignement à la menace*** (*L'Encéphale*, t. XXIX, n° 1, Janvier 1934). — Le clignement, occlusion palpébrale réflexe, s'obtient par excitation du territoire du trijumeau, attouchement de la cornée (réflexe cornéen), projection d'un faisceau lumineux éblouissant, impression auditive violente, enfin approche soudaine devant les yeux d'un objet menaçant (réflexe de clignement à la menace).

L'on a établi que, chez l'animal et chez l'homme, le réflexe cornéen empruntait un parcours cortical: certaines lésions corticales peuvent l'abolir.

De même, le clignement à la menace est supprimé quand on a excisé la zone rolandique correspondant à la motilité palpébrale. Tout se passe comme si les voies du réflexe à la menace comportaient un parcours occipito-rolandique.

Dix observations cliniques confirment cette hypothèse. 5 cas correspondent à des lésions rolandiques, 5 à des lésions occipito-rolandiques. Parmi les derniers malades, 3 étaient atteints d'aphasie de Wernicke, l'un de syndrome pariétal droit, en rapport avec un tuberculome pariétal à droite, l'un d'épilepsie bravais-jacksonienne, produite par un méningiome pariétal droit (vérifiés à l'intervention chirurgicale), réflexe de clignement à la menace dans le champ temporal droit en l'absence de toute hémianopsie.

Si donc, le segment occipito-rolandique de l'arc réflexe se trouve ainsi déterminé avec certitude, le segment cortico-bulbaire, qui traverse l'axe dans la protubérance, reste presque totalement inconnu.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Dufourt. ***Les séquelles de la fièvre typhoïde*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XV, n° 338, 5 Février 1934). — 3.000 cas de fièvre typhoïde ont laissé 306 fois des séquelles qui méritent d'être retenues; la proportion est donc d'environ 10 pour 100.

Les plus nombreuses séquelles sont de beaucoup celles qui concernent le foie et les voies biliaires (72 cas). Chez 72 individus, les troubles du fonctionnement hépatique étaient assez marqués après la fièvre typhoïde pour être considérés comme des séquelles. Presque tous avaient des intolérances alimentaires pour les graisses et les œufs. Coexistant avec des phénomènes hépatiques et probablement liés à eux de façon étroite, on observait des troubles digestifs : états nauséeux, crises de vomissements, diarrhée et constipation, etc.

Viennent ensuite les séquelles nerveuses (52 cas). Troubles psychiques surtout avec déficit intellectuel et diminution de la mémoire, épilepsie, chorée, hémiplégie, tics, névrite, etc.

Les 49 cas de séquelles digestives où le foie ne paraissait pas jouer le premier rôle comprennent 5 cas de troubles gastriques fonctionnels, 2 ulcères de l'estomac, 1 ulcère duodénal, 24 troubles intestinaux divers, dont plusieurs colites, 1 appendicite, 1 séquelle de perforation intestinale, 1 prolapsus rectal.

28 malades ont eu des séquelles de phlébites, 2 seulement des séquelles d'artérite.

4 sujets sont porteurs, depuis leur fièvre typhoïde, de lésions d'endocardite valvulaire chronique. Cependant, on ne doit affirmer l'origine éberthienne des endocardites valvulaires chroniques qu'après une enquête très serrée.

La myocardite typhique est aussi fréquente que l'endocardite est rare, 20 malades sont restés, après leur maladie, des impotents du cœur, ils ont dû cesser leur travail et ne peuvent mener qu'une vie réduite.

Il ne semble pas que la fièvre typhoïde joue un grand rôle dans la reviviscence des lésions tuberculeuses latentes; 20 fois seulement, on vit se développer, chez d'anciens typhiques, des pleurésies ou des lésions pulmonaires, qui n'ont été graves que dans 5 cas.

Les anémies, les états de dépression physique sont fréquents dans la convalescence de fièvre typhoïde.

Signalons encore 7 cas d'ostéite, 10 malades qui présentèrent soit des albuminuries résiduelles, soit des pyélocystites, colibacillaires ou staphylococciques.

Parmi les séquelles rares, on peut ranger 4 bronchites chroniques, 1 asthme, 2 maladies de Basedow, 1 diabète grave.

Robert Clément.

G. Mouriquand, J. Dechaume et **P. Sédallian.** ***Réflexions sur l'état actuel de la prophylaxie de la maladie de Heine-Medin*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XV, n° 339, 20 Février 1934). — La prophylaxie de la maladie de Heine-Médin doit s'inspirer des enseignements fournis par l'épidémiologie, la clinique et l'expérimentation.

L'étude épidémiologique montre la nature contagieuse et transmissible de cette maladie et l'incidence familiale, scolaire, villageoise ou régionale de l'affection. Les épidémies, irrégulièrement échelonnées dans le temps, épargnent la plupart des sujets exposés à la même contagion. Elles semblent bien montrer l'existence d'une contagion interhumaine, directe par l'intermédiaire des gouttelettes de Flugge, indirecte par des objets ou des aliments contaminés. Mais il existe aussi de fortes présomptions en faveur d'une étiologie hydrique.

L'étude clinique montre que ces 2 doctrines sont soutenables.

L'étude expérimentale met en relief la virulence des particules salivaires. Elle apporte aussi des arguments en faveur de l'origine digestive. Dans 2 cas d'enfants morts de poliomyélite après début par troubles digestifs, M., D. et S. ont trouvé non seulement des lésions de la muqueuse intestinale, mais des plexus nerveux intestinaux avec les mêmes signes de neuronophagie que dans la moelle avec le même aspect destructeur des cellules nerveuses. Ils ont trouvé des lésions analogues dans les ganglions semi-lunaires ou surrénaux et dans les ganglions rachidiens comme s'il était possible de suivre par ces lésions la propagation du virus. Chez les singes inoculés par voie péritonéale, l'intestin grêle paraît normal et les lésions de ses plexus nerveux ne paraissent pas évidentes. Par contre, des altérations nerveuses siégeaient dans le plexus hypogastrique.

« La prophylaxie se ressent des incertitudes de l'étiologie. »

La poliomyélite laisse après elle une immunité. Le sérum de convalescent est utilisé à titre thérapeutique avec avantage. Son emploi à titre préventif est plus discutable.

Suivent les conclusions du Congrès international de Pédiatrie préventive sur la prophylaxie de la maladie de Heine-Médin.

Robert Clément.

Ch. Gardère, M. Girard et **Mlle Vial.** ***L'utilisation de la viande dans l'alimentation du nourrisson*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XV, n° 339, 20 Février 1934). — Les travaux récents sur les régimes sans lait montrent que le nourrisson, même au cours de la première année, a pour la viande une tolérance remarquable. Les craintes qu'inspirent encore au public et à beaucoup de médecins l'utilisation de la viande chez le nourrisson ne sont pas justifiées.

Il faut concevoir plus largement qu'on ne le fait d'habitude les indications de la viande. Dans les régimes normaux, il est bon de donner de la viande aux enfants vers 18 mois. Lorsque l'enfant manifeste de l'intolérance pour le lait et pour les amylacés, dans les anémies du nourrisson, dans la tuberculose, chez les cachectiques, les affaiblis, les convalescents, les hypotrophiques et les athrepsiques, la viande crue de mouton ou de cheval, sous forme de viande pulpée ou de jus de viande, donne d'excellents résultats.

A condition de procéder avec prudence, les accidents sont nuls et les contre-indications se réduisent à la fièvre, aux troubles digestifs et aux entérocolites à flore anaérobie.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

(Paris)

F.-J. Collet. *Corps étranger musical de l'arbre bronchique droit* (*Lyon Médical*, t. CLIII, n° 6, 11 Février 1934). — Un enfant de 12 ans ayant aspiré l'anche métallique d'un sifflet qu'il avait démonté ne présenta ni accès de toux, ni dyspnée, à tel point qu'on aurait pu croire l'objet dégluti et non aspiré s'il n'avait présenté dans les expirations profondes un bruit de trompette très significatif que l'on entendait à distance. Le bruit n'était pas le sifflement que l'expiration produit parfois au contact d'un corps étranger, mais un vrai bruit de trompette provoqué par l'air expiré agissant directement sur l'anche vibrante située à l'intérieur de la bronche. La radiographie permit de repérer le corps étranger à la hauteur de la 8e côte droite. Il fallut recourir à une trachéotomie, complétée en trachéostomie par 3 points de suture cutanéo-muqueux. Après anesthésie du conduit et introduction d'un tube de 7 mm. à 15 cm. de profondeur, on put extraire le corps étranger.

Les corps étrangers bronchiques sifflants ne sont pas très nombreux et, généralement, donnent plutôt un sifflement inspiratoire et expiratoire, perçu au niveau de la bouche alors qu'on ne l'entend pas à l'auscultation du thorax.

Robert Clément.

Ch. Clavel. *Essai critique sur les indications de la transfusion sanguine* (*Lyon Médical*, t. CLIII, n° 8, 25 Février 1934). — La transfusion sanguine a une indication indiscutable: remplacer une certaine quantité de sang soustraite brusquement à l'organisme par une hémorragie. Son action est alors admirable. Plus on s'éloigne de cette indication fondamentale, plus les résultats sont incertains et plus on risque d'assister à des incidents, voire à des accidents.

Après une perte de sang massive, rien ne remplac la transfusion, ni le sérum, ni les tonicardiaques. Dans ces transfusions de remplacement, les accidents sont exceptionnels, bien que parfois, en raison de l'urgence extrême, on ait utilisé un donneur non éprouvé en se passant des épreuves élémentaires de compatibilité sanguine.

En dehors de cette indication indiscutable, dans nombre de cas, la transfusion est utile, bien qu'elle puisse être remplacée par d'autres médications. Les choqués, lorsqu'il n'y a pas de phénomènes toxiques ou infectieux, les grands opérés, sont souvent améliorés par cette thérapeutique. La transfusion est encore indiquée comme hémostatique dans certains purpuras, chez les ulcéreux, les cirrhotiques, etc., et pour favoriser la régénération sanguine chez les anémiques, les splénectomisés.

La transfusion sanguine est plus discutable dans les intoxications ou dans les grandes infections. Les immuno-transfusions notamment paraissent provoquer une chute passagère de la température, une amélioration de l'état général et une sensation de bien-être, mais le plus souvent le malade finit par succomber. Ces transfusions ne sont pas aussi bien supportées que les précédentes, il faut les exécuter avec une grande prudence en surveillant les réactions pupillaires.

Chez les insuffisants hépatiques, chez les insuffisants rénaux, dans les hémorragies gastriques par grande sténose pylorique avec état d'intoxication, la transfusion est dangereuse. On est souvent obligé de la suspendre dès les premiers centimètres cubes et on a l'impression que, si on continuait, on aurait à enregistrer des accidents mortels.

En tout cas, lorsqu'il ne s'agit pas d'une transfusion massive de remplacement, il faut examiner complètement le malade avant de se décider à cette intervention, ne négliger aucune épreuve de compatibilité sanguine et préférer la transfusion de sang pur aux transfusions citratées.

Robert Clément.

L. Gallavardin. *Crises angineuses de type spécial, immédiatement calmées par l'ingestion de liquide* (*Lyon Médical*, t. CLIII, n° 10, 11 Mars 1934). — Chez 3 hommes de 52, 53 et 70 ans, G. a observé des crises douloureuses thoraciques qui présentaient la particularité d'être immédiatement et immanquablement calmées par l'ingestion de quelques gorgées de liquide. Ces crises duraient depuis 15 à 25 ans, elles offraient chez les 3 malades des caractères communs: le siège sternal de la douleur avec ou sans propagation dorsale, mais sans aucune irradiation brachiale; leur apparition toujours au repos ou la nuit, à l'exclusion de toute influence, de la marche ou de l'effort.

Malgré l'absence constante de soulagement par la trinitrine, leur répétition plusieurs fois par an pendant de longues années et leur disparition par la simple ingestion de quelques gorgées de liquide, G. préfère appeler les phénomènes observés crises angineuses plutôt que crises pseudo-angineuses ou anginiformes, car l'hypothèse d'une affection digestive, par exemple d'un spasme œsophagien, ne lui semble pas soutenable. 2 des malades étaient des cardiaques (endocardite mitroaortique dans un cas, endocardite mitrale dans l'autre), le troisième avait une arythmie extra-systolique. Il suppose donc qu'il s'agit là de crises angineuses de type spécial sans doute, mais d'origine cardio-aortique.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE

(Marseille)

F. Heckenroth et F. Blanc (Marseille). ***Réflexions générales sur la pathologie méditerranéenne*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. II, n° 8). — Quelques maladies se comportent un peu particulièrement au point de vue épidémiologique dans le bassin méditerranéen.

La fièvre typhoïde présente une fréquence et une gravité supérieure aux autres régions en raison de la mauvaise protection des eaux potables, de l'abondance des mouches et de l'usage immodéré des coquillages livrés à la consommation sans contrôle sanitaire préalable.

Alors que le paludisme a disparu progressivement de la plupart des autres pays d'Europe, il demeure étendu à presque tout le bassin méditerranéen. Cela tient aux facteurs climatériques favorisant le développement des anophèles, à la migration saisonnière des ouvriers agricoles, au manque de confort des habitations rurales et à l'insuffisance d'un programme de défense approprié.

Le trachome a pris naissance sur les bords de la Méditerranée d'où il a diffusé sur tout le globe. La malpropreté de certains milieux, les mouches favorisent la contagion interhumaine; le sable facilite l'infection par irritation conjonctivale.

La mélitococcie sévit d'une façon endémo-épidémique. Elle est favorisée par la tranhumance des troupeaux.

Les mouches, certains oiseaux domestiques et l'eau de boisson sont susceptibles d'être les véhicules du virus.

La dengue se manifeste par des épidémies périodiques.

La fièvre des 3 jours paraît être une affection particulière au bassin méditerranéen. Essentiellement estivale, elle est transmise par *Phlebotomus papatasi*, qui constitue le réservoir de virus.

La maladie exanthématique sévit en été sur la rive nord-africaine, en Espagne, en Italie et en Grèce.

Le bouton d'Orient, signalé à l'état sporadique au pourtour de la Méditerranée, n'a donné jusqu'ici qu'un seul cas de contamination en France.

Enfin, la leishmaniose viscérale infantile n'est pas une rareté dans le bassin méditerranéen.

Robert Clément.

H. Violle. *De la prophylaxie de la fièvre ondulante chez l'homme* (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. II, n° 8). — Le diagnostic de la fièvre ondulante, difficile au point de vue clinique, est facilité par l'hémoculture, le séro-diagnostic ou l'intra-dermo-réaction chez l'homme. Chez l'animal, c'est la fréquence des avortements dans un troupeau qui doit faire songer à la maladie.

La prophylaxie s'inspire, chez l'homme, des méthodes usitées pour les autres maladies infectieuses. Les cas de contamination interhumaine sont exceptionnels. L'affection se propage surtout de l'animal à l'homme. L'animal peut contaminer l'homme par ses urines et ses déjections. Les bergers peuvent également se contaminer lorsqu'ils viennent en aide à la délivrance des brebis et des chèvres; les vétérinaires, lorsqu'ils les examinent, les bouchers lors du dépeçage des viandes.

Les précautions d'hygiène élémentaires suffiront à éviter ce mode d'inoculation.

La dissémination du germe se fait aussi par l'absorption du lait de chèvre et plus rarement de vaches infectées. Il suffira de porter le lait à l'ébullition pour se mettre à l'abri de ce danger. Pour les dérivés du lait frais non fermenté, la pasteurisation du lait contaminé donnera d'intéressants résultats.

Enfin, l'immunisation des sujets exposés à la contagion, particulièrement des bergers, peut se faire au moyen de vaccins préparés avec des races diverses de *Brucella*, isolées chez l'homme et chez les animaux et introduites par voie sous-cutanée ou digestive.

Ces mesures et ces méthodes prophylactiques et les mesures vétérinaires concernant les troupeaux contaminés donneront des résultats efficaces et permettront la disparition de la fièvre ondulante.

Robert Clément.

D. Olmer et J. Olmer (Marseille). ***La fièvre boutonneuse n'est pas une maladie anergisante*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. II, n° 9). — Sur 3 sujets, à la période fébrile et pendant la convalescence de la fièvre boutonneuse, les intra-dermo-réactions et les cuti-réactions à la tuberculine furent franchement positives.

O. et O. en concluent que la fièvre boutonneuse n'est pas une maladie anergisante et que cette recherche donne une base biologique à la remarque clinique de Matteï, que « la maladie exanthématique n'aggrave pas les lésions bacillaires quand elle frappe un tuberculeux pulmonaire ».

Robert Clément.


BACTÉRIOTHÉRAPIE
LOCALE,
PAR LE PROPIDON
Bouillon stock-vaccin
du Professeur P. Delbet
VACCINATION EN PROFONDEUR
PROPIDON
PANSEMENT
Etui contenant 1 ampoule de
Propidon de 5 cc., 1 compresse
et 1 coton stériles
VACCINATION EN SURFACE
PROPIDEX

M. d'Œlsnitz (Nice). ***12 années d'observation du kala-azar autochtone de l'enfant et de l'adulte. Quelques déductions pratiques*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. II, n° 9. — O. a enregistré des discordances entre la leishmaniose humaine et la leishmaniose canine; l'existence d'un hôte intermédiaire reliant les deux affections ne paraît pas démontrée. L'incubation est encore imprécise et de durée très variable. Les prodromes sont vagues et, au début, les erreurs de diagnostic fréquentes. Les complications respiratoires, surtout les broncho-pneumonies, sont redoutables.

La formol-leuco-gélification est utile et simple mais moins fidèle que la réaction de Chopra et Gupta. La découverte des parasites est un signe de certitude qui prime tous les autres, mais la ponction splénique peut être dangereuse et n'est pas indispensable.

L'emploi des sels organiques pentavalents de l'antimoine constitue un grand progrès; pour éviter la stibio-résistance, il faut faire d'emblée un traitement d'attaque énergique. Il ne faut pas chercher dans la réparation des symptômes cliniques et biologiques un témoignage rigoureux de la guérison, cela pousserait à prolonger outre mesure le traitement stibié, ce qui n'est pas sans inconvénient. Apprécier la guérison est affaire de bon sens clinique. Le traitement chirurgical est à rejeter en principe.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

A. Beau. ***Existe-t-il une action de l'utérus sur la fonction ovarienne*** (*Revue médicale de l'Est*, t. CXII, n° 2, 15 Janvier 1934) ? — La notion des interactions organiques, plus spécialement des interactions glandulaires, est une des acquisitions les plus importantes de l'endocrinologie.

Expérimentalement, l'hystérectomie pratiquée chez des lapines impubères entraîne la dégénérescence des ovaires et l'animal ne présente jamais la moindre apparence de vie sexuelle. L'ovaire passe rapidement par 3 stades successifs d'involution sans agir sur l'appareil génito-mammaire. L'hystérectomie agit de même sur les greffes ovariennes. Les ovaires des animaux hystérectomisés, ayant subi simultanément une autotransplantation d'endomètre, montrent par contre beaucoup de follicules secondaires, beaucoup moins de follicules atrésiques et un tissu interstitiel se rapprochant beaucoup plus de la normale.

Cliniquement, une grande majorité d'auteurs estiment qu'au cours de l'hystérectomie la conservation de l'ovaire isolé aboutit à la dégénérescence scléro-kystique de l'organe. L'utérus conservé soit en partie, soit totalement, a une heureuse influence sur la conservation de l'ovaire. La salpingectomie double avec conservation utéro-ovarienne empêche l'apparition de symptômes de la ménopause chirurgicale. Les greffes ovariennes ont une certaine activité physiologique, mais au bout de 1 an 1/2 à 3 ans, les troubles de la ménopause reparaissent progressivement. Cette réapparition des symptômes de la ménopause ne se produit pas si l'utérus est resté en place ou si la muqueuse a été greffée. Les greffes de tissu utérin réagissent aux modifications cycliques de l'ovaire et aux effets de la castration de la même manière que l'endomètre resté en place.

Dans l'état actuel de la question et en raison de la contradiction apportée par certains faits cliniques et expérimentaux, on ne peut donner de conclusions fermes, mais tout porte à croire que l'utérus joue vis-à-vis de l'ovaire un rôle vital et trophique. Pour éviter les accidents de la ménopause chirurgicale, il faut, autant que possible, respecter l'harmonie de l'appareil génital et, au besoin, par des greffes, maintenir en présence ovaires et endomètre utérin.

ROBERT CLÉMENT.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

H. Wendt (Breslau). ***Troubles chroniques de l'intestin avec décalcification des os chez l'adulte. Rapport avec la cœlialgie des enfants*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 6, 9 Février 1934). — Les pédiatres connaissent le syndrome décrit par Gee, Herter et Heubner chez les enfants de 2 à 3 ans, connu aux Etats-Unis sous le nom de « coeliac disease » et de « coelialgie » en Europe.

On constate à la période d'état deux à quatre selles par jour abondantes, très fétides, argileuses, susceptibles de varier avec l'alimentation.

En tous cas, aucune assimilation de graisse et assimilation partielle des H.D.C. et albuminoïdes.

L'enfant est très maigre, le ventre énorme, sans ascite. En même temps, décalcification, anémie, troubles tétaniformes.

W. rapporte le cas d'une femme de 39 ans souffrant depuis l'enfance de douleurs osseuses, chez laquelle on a pu retrouver les symptômes suivants :

1° Importantes altérations sur tout le trajet de l'intestin grêle, accélération du transit, remplissage irrégulier et partiel.

2° Importants troubles de résorption, surtout pour les graisses, mais également de l'albumine et des hydrates de carbone. Les sécrétions pancréatiques et hépatiques étant normales.

3° Ostéoporose avec fractures spontanées, hypocalcémie, hypophosphatémie, accès tétaniques.

4° Abaissement de la réserve alcaline avec acidose.

5° Aplatissement de la courbe d'hyperglycémie provoquée.

6° Anémie hypochrome et leucopénie.

On peut donc admettre ici l'existence d'un cas de « céliakie » rarissime chez l'adulte.

GUY HAUSSER.

F. W. Lapp (Vienne). ***Valeur clinique de la Diiodotyrosine*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 6, 9 Février 1934). — Plummer désintoxique les basedowiens avant de les opérer en leur donnant de l'iodotyrine. Dans presque tous les cas, on a observé une amélioration des signes fonctionnels, une diminution du M. B. Mais si on prolongeait ce traitement avec des doses massives, on aurait une recrudescence des phénomènes morbides.

Donc, il y a un certain danger à employer le médicament s'il n'y a pas d'opération. On peut avoir une intoxication du genre iodisme.

On doit donc employer la diiodotyrosine avant l'opération comme traitement préparatoire seulement.

Dans les cas où l'on voudra faire une médication iodée, sans opération, il semble préférable à L. d'utiliser une solution de Lugol.

GUY HAUSSER.

He. Bock. ***Anémies à macrocytes dans les carcinomes de l'estomac*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 8, 23 Février 1934). — D'après plus de 3.000 cas étudiés, B. constate que les macrocytoses lors de ses carcinomes sont indépendantes du genre d'anémie, du siège de l'évolution et de l'âge du carcinome, des métastases du foie et de la moelle osseuse.

Comment expliquer ces macrocytoses ?

a) Les cancers hors de l'estomac ne donnent pas d'anémie à macrocytes.

b) Le pourcentage très élevé de macrocytes dans le cancer de l'estomac montre que cet organe est de beaucoup le plus important pour la genèse des macrocytes.

c) Accessoirement, les macrocytoses pourront venir du foie et de la moelle osseuse.

d) On ne sait s'il existe de corrélation entre ces organes pour la production de macrocytes.

B. insiste pour séparer ces anémies où le diamètre moyen des érythrocytes varie de 7,7 à 7,25 des anémies pernicieuses vraies dans lesquelles on constate une mégalocytose de diamètre supérieur à 8,35.

GUY HAUSSER.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Tubingen)

Buchka. ***L'hypertension intracranienne traumatique et son traitement par cosmothérapie*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVIII, n° 4, Octobre 1933). — L'hypertension intracranienne qui peut avoir une cause cérébrale, liquidienne ou sanguine peut être traitée par la ponction lombaire, la ponction ventriculaire ou la trépanation. Depuis 1919, Weed et Mac Kibben ont montré que l'hypertension pouvait être améliorée par les injections hypertoniques.

L'auteur préconise les solutions glucosées hypertoniques à 50 pour 100 par voie intraveineuse; la dose injectée était au début de 50 à 70 cmc, mais dans ces derniers mois, ils ont utilisé des doses plus élevées, à savoir de 100 à 120 cmc. Dans un cas de traumatisme cranien grave, avec fracture, on a injecté, en l'espace de 24 heures, trois fois 100 cmc de la solution glucosée à 50 pour 100 et en l'espace de trois jours tous les troubles fonctionnels douloureux avaient disparu.

Cette thérapeutique a été utilisée dans 36 cas de fractures du crâne graves : dans 17 cas, tous les troubles douloureux ont cessé; dans 11 cas, il y a eu persistance de légères douleurs; dans 6 cas, il y avait des manifestations épileptiques, psychiques ou psychopathiques, et le résultat a été nul; 2 blessés sont morts le jour de l'accident par suite de l'importance du traumatisme.

Cette thérapeutique a été également utilisée avec succès dans un cas d'insolation avec hypertension.

Il est bien évident qu'en présence de symptômes de localisation l'intervention chirurgicale conserve ses indications, mais quand les symptômes sont diffus et imprécis, à côté de la ponction lombaire les injections hypertoniques peuvent rendre d'utiles services.

J. SÉNÈQUE.

Breitner. ***Sur les diverticules de l'œsophage*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVIII, n° 5, Novembre 1933). — Le travail de B. est basé sur l'étude de 11 cas de diverticules œsophagiens ; sur ces 11 cas, nous ne retiendrons que 6 observations se rapportant aux cas opérés ; dans 5 cas en effet il n'y a eu aucune intervention chirurgicale, soit parce qu'il s'agissait de diverticules du segment inférieur de l'œsophage, soit à cause de l'âge avancé des malades et de l'absence de troubles fonctionnels.

Dans les 6 cas opérés, le diverticule siégeait sur le segment initial et affectait le type clinique de diverticule pharyngo-œsophagien.

Cas 1. — Homme de 56 ans ; troubles de la déglutition depuis 2 ans ; à l'examen radioscopique le diverticule est localisé à la hauteur de la première vertèbre dorsale, sur la paroi antérieure de l'œsophage. Intervention sous anesthésie locale; isolement du diverticule lié à sa base qui a la largeur du pouce; on place sur le diverticule une pince de Péan qu'on laisse à demeure et on tamponne la plaie opératoire. Ramollissement cérébral dans les jours suivants. La pince tombe au 9e jour

et apparition d'une fistule œsophagienne qui se fermera spontanément.

Cas II. — Homme de 53 ans ; vient consulter pour des troubles de stase au niveau de l'œsophage cervical; à la radiographie on localise le diverticule à un travers de doigt au-dessus du manubrium sur la paroi œsophagienne postérieure gauche.

Intervention sous anesthésie locale ; isolement du diverticule dont le pédicule est très court; double ligature à sa base et extirpation. Mort dans les jours suivants par embolie pulmonaire (contrôle nécropsique).

Cas III. — Homme de 66 ans ; troubles de la déglutition depuis un an ; à la radiographie on décèle un petit diverticule à gauche et en arrière sur la partie initiale de l'œsophage. Intervention sous anesthésie locale; isolement du diverticule dont on lie le pédicule et sur lequel on laisse une pince à demeure ; tamponnement de la plaie. A partir du 12e jour sécrétion très abondante par la plaie opératoire ; puis cette sécrétion diminue et un mois après le malade sort guéri. Un nouvel examen radiographique montre qu'il y a récidive du diverticule.

Cas IV. — Homme de 48 ans ; se plaint de troubles de régurgitation depuis 5 semaines. La radiographie localise un diverticule à la hauteur des 6e et 7e cervicales sur la paroi postérieure de l'œsophage. Résection en un temps sous anesthésie locale avec drainage ; guérison après apparition d'une fistule.

Les cas VIII et IX concernent une femme (56 ans) et un homme (35 ans) opérés tous deux par l'intervention indirecte en fixant le diverticule au bord antérieur du sterno-mastoïdien, après isolement. Guérison.

J. Sénèque.

Walzel. ***Tumeurs du poumon (y compris les tumeurs du médiastin et celles des parois thoraciques)*** [*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLVIII, n° 6, Décembre 1933]. — Il s'agit d'un autoréféré d'un raport présenté au mois de Juin 1933 au Congrès sud-allemand de Breslau ; aussi est-il difficile de résumer ce travail déjà très condensé et dont nous ne retiendrons que les principales observations de l'auteur.

Après avoir cité l'existence de lipomes, fibromes, chondromes médiastinaux, l'auteur s'arrête un peu plus longuement à l'étude des *kystes du médiastin* dont il publie une observation :

Homme de 23 ans, pris brusquement de douleurs dans la région thoracique droite ; gêne respiratoire, douleurs thoraciques droites; pas de signes de tuberculose. La radiographie montre au-dessus de la coupole diaphragmatique droite, dans le médiastin antérieur, l'existence d'une masse volumineuse, arrondie, située contre le bord droit du cœur. On s'arrête au diagnostic de tumeur bénigne du médiastin et on intervient sous anesthésie générale à l'éther, avec hyperpression. Résection des 4e et 5e côtes droites et des cartilages costaux correspondants, ouverture de la plèvre ; on reconnaît la tumeur entre les lobes pulmonaires moyen et inférieur et, après l'avoir libérée de ses adhérences pleurales, on se rend compte qu'elle adhère fortement au péricarde et il faut, pour l'en séparer, réséquer une petite portion de ce feuillet; suture du péricarde ; fixation du lobe pulmonaire moyen à la paroi et tamponnement de la cavité. Guérison sans suppuration avec simple exsudation hémorragique. L'examen anatomopathologique a montré qu'il s'agissait d'un kyste broncho-trachéal.

A propos des kystes dermoïdes, W. rappelle le travail de Shich qui en 1927 a rapporté près de 100 observations, et celui de Bège (1926) avec 119 cas dont 57 opérés avec 22 pour 100 de mortalité. W. rappelle l'observation de son assistant Susani (publiée en 1930 dans les *Archiv für klinische Chirurgie*) : kyste dermoïde suppuré du médiastin gauche, opéré en deux temps avec guérison. En 1932, W. en a observé un nouveau cas chez une jeune fille de 16 ans, se présentant avec des signes de bronchiectasie putride ; on pose le diagnostic de kyste dermoïde avec bronchiectasie et pneumonie du côté gauche ; la radiographie ne montre que des lésions diffuses. L'état général est très mauvais et W. intervient le 20 Avril 1932 sous anesthésie avertine-éther. Résection des 3e et 4e côtes gauches jusqu'au sternum ; la plèvre est épaissie et adhérente ; la tumeur se laisse assez bien mobiliser, étant simplement adhérente au lobe supérieur et avec une bronche de moyen volume qu'il faut sectionner ; le fond de la plaie montre, une fois la tumeur enlevée, toute la région péricardique gauche et l'on réunit par quelques points de suture péricarde et poumon. Tamponnement de la plaie, drainage ; suture musculaire et cutanée.

Après intervention la malade est très affaiblie, mais on parvient à l'alimenter et elle finit par guérir. Il s'agissait d'un kyste dermoïde infecté avec présence de bacilles fusiformes.

Abordant ensuite l'étude des *neurofibromes* et *ganglioneuromes* intrathoraciques, W. cite 2 observations personnelles et inédites ; dans le premier cas il s'agissait d'un neurofibrome d'un nerf intercostal opéré avec succès; dans le deuxième cas il s'agissait d'une tumeur siégeant dans l'hémithorax droit, en haut et en arrière ; après incision des 3, 4, 5 et 6es côtes on se rend compte que la tumeur est rétropleurale et provient de la colonne vertébrale ; il existe une perte de substance au niveau de la colonne dorsale. On parvient à extirper la tumeur et on bouche la niche osseuse avec du muscle. Lors de ces manœuvres la plèvre a été blessée depuis le début. Mort dans les jours suivants avec symptômes d'épanchement pleural. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur à point de départ dure-mérien.

Etudiant ensuite *les tumeurs pulmonaires malignes*, W. en rapporte 4 observations personnelles ; dans le premier cas il s'agissait d'un cancer infecté traité par drainage simple et mort 4 mois après ; dans l'observation n° 2 il fut pratiqué une lobectomie droite inférieure: mort 24 heures après ; l'observation n° 3 ne fut qu'une thoracotomie exploratrice où il existait déjà des métastases pleurales et le malade mourut 8 jours après ; il en fut de même pour l'observation n° 4 où le malade mourut également 4 semaines après. Cette chirurgie de cancer pulmonaire apparaît donc comme bien décevante pour l'instant.

W. publie après deux observations de *sarcomes pulmonaires* traités par l'extirpation, avec une mort et une guérison.

Ce rapport se termine enfin par une très courte étude des *kystes hydatiques* pulmonaires avec deux observations suivies de guérison.

J. Sénèque.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

(Buenos-Aires)

O. Copello. ***L'hyperparathyroïdisme*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 51, 21 Décembre 1933). — L'extirpation des glandes parathyroïdes détermine des altérations profondes du squelette, par perturbation du métabolisme du calcium. Les tumeurs des parathyroïdes, viciant leurs sécrétions, produisent des troubles du même ordre.

Les sécrétions parathyroïdiennes règlent la calcémie. Si elles s'exagèrent, la calcémie s'élève, par suite de la mobilisation du calcium des os. Il ne faut donc pas s'étonner si l'hyperparathyroïdisme s'accompagne d'altérations osseuses. La maladie de Recklinghausen, coexistant avec un adénome parathyroïdien, en constitue l'expression la plus caractéristique, comme la tétanie est l'expression classique de l'insuffisance parathyroïdienne.

C. cite l'observation d'un homme de 46 ans. Premiers troubles : asthénie; tumeurs osseuses sur les côtes, les doigts, etc... La radiographie montre une décalcification générale. Hypercalcémie : 15 milligr. pour 100 cmc.

A l'intervention, on découvre, sur le bord du corps thyroïde, un adénome parathyroïdien qu'on extirpe.

A la suite de l'opération, accès de dépression psychique qui dure 10 jours. Au 30e jour, la calcémie est redevenue normale.

Seconde observation superposable à la précédente.

C. montre encore le rôle de la parathyroïde dans les artérites ankylosantes. La ligature de la thyroïdienne inférieure, l'opération de Oppel peuvent donner des résultats appréciables. La chirurgie permet donc souvent de rectifier l'hyperparathyroïdisme.

G. d'Heucqueville.

M. R. Castex et **E. L. Capdehourat.** ***Physiopathologie et traitement de la pléthore abdominale*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 52, 27 Décembre 1933). — Après avoir rappelé les descriptions des anciens auteurs, C. et C. montrent les rapports de la pléthore abdominale avec la constitution psychique de Kretschmer, prédisposition à l'obésité céphalo-hypophysaire. La radiographie révèle parfois, chez les pléthoriques, des déformations de la selle turcique. On observe des perturbations du métabolisme glucosé, hydro-carboné, etc.

Second facteur pathogénique : l'engraissement par vie sédentaire. Troisième facteur : l'hypotrophie musculaire thoracique. Celle-ci détermine une insuffisance respiratoire chronique et une stase veineuse abdominale.

Ces facteurs combinés produisent les symptômes suivants : diminution de l'air courant et de la capacité vitale; dans le sang : hypoxémie, hypercapnie, hyperglobulie.

En outre, à l'insuffisance respiratoire succède bientôt l'insuffisance circulatoire, par augmentation de la masse sanguine, élévation de la tension artérielle.

La prophylaxie et la thérapeutique de ces troubles se déduisent très naturellement de ces faits : action tonifiante sur la musculature respiratoire, par gymnastique rationnelle surtout.

G. d'Heucqueville.

C. de Tommaso et **G. Ruff.** ***La réserve alcaline normale chez l'enfant*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XX, n° 53, 27 Décembre 1933). — Les chirurgiens comprennent de mieux en mieux l'intérêt de l'exploration méthodique du système végétatif avant chaque intervention. Dans un travail antérieur, T. et R. avaient montré quelles indications précieuses pouvaient être basées sur la détermination de la réserve alcaline.

Ils conseillent l'emploi de l'appareil de Van Slyke. La réserve alcaline a été étudiée par cette méthode chez 12 enfants normaux. Les chiffres se montrent, dans l'ensemble, plus faibles que ceux de l'adulte. Aucune variation n'a été notée avec l'âge des enfants.

La réserve alcaline de l'enfant correspond, en moyenne, à 56 volumes de CO^2. Chiffres extrêmes : 52 et 60 volumes. Pour près de 60 pour 100 des sujets, la réserve alcaline est comprise entre 54 et 60 volumes.

Acidité urinaire apparente, pour 1.000, variant

entre 101 et 440 (centimètres cubes de solution déci-normale de HCl). Acidité organique comprise entre 312 et 680 cmc.

G. d'Heucqueville.

C. B. Udaondo et **G. P. Gonalons.** ***Contribution à l'étude de l'insuffisance surrénale provoquée par l'émotion brusque ou lente*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XXI, n° 1, 3 Janvier 1934). — Les travaux de Cannon et de la Paz, et ceux de leurs continuateurs, ont démontré avec rigueur les relations des sécrétions glandulaires avec l'émotion, relations soupçonnées depuis longtemps. Ils ont établi la théorie du tonus adrénalinique, permettant les décharges rapides d'adrénaline, dans la douleur, le froid, la fièvre, l'asphyxie, l'hypoglycémie. Les auteurs étudient, dans la présente étude, les syndromes surrénaux durables déclanchés par les émotions, émotions-chocs et surtout émotions prolongées. Ils apportent 7 observations.

La première est l'histoire d'une déprimée, présentant des algies vagues, de l'anorexie, des alternatives de diarrhée et de constipation, de la tachycardie. Taches pigmentaires mélanodermiques.

U. et G. n'ont jamais observé de raie blanche, ni de taches mélanodermiques atteignant le développement de celles de la maladie d'Addison. La tension artérielle n'est pas diminuée, parfois légèrement augmentée. Eréthisme cardiaque, extra-systoles. Instabilité thermique. Métabolisme basal normal. Hyperglycémie et hypocholestérinémie discrètes.

Institué chez 3 malades, le traitement à base d'extrait surrénal a fait disparaître les troubles.

L'insuffisance surrénale chronique paraît donc l'un des principaux désordres végétatifs déterminés par l'émotion, continue ou répétée.

G. d'Heucqueville.

J. J. Beretervide et **G. L. Heidenreich.** ***Syndrome clinique et radiologique d'atélectasie par broncho-sténose néoplasique du lobule supérieur du poumon gauche*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XXI, n° 1, 3 Janvier 1934). — La sténose bronchique constitue l'une des complications intéressantes de néoplasies pulmonaires.

Observation d'un homme de 38 ans, qui présente, comme premiers symptômes, un point de côté douloureux, de la dyspnée d'effort, de l'asthénie et de l'anorexie.

Rétraction de l'hémithorax gauche, dépression sus-épineuse, attraction du cœur. Zone de matité correspondant au lobule supérieur gauche, avec abolition du murmure vésiculaire et des vibrations, souffle respiratoire et pectoriloquie aphone. Les symptômes permettent de poser le diagnostic d'atélectasie du lobule supérieur gauche.

La radiographie montre le déplacement du médiastin, des modifications statiques et dynamiques du diaphragme, l'opacification du lobule atélectasié, nettement limité par les scissures. Le lipiodol ne pénètre pas dans la masse néoplasique lobulaire.

G. d'Heucqueville.

E. Cantilo. ***Hyperthyroïdisme et réserve alcaline*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XXI, n° 2, 10 Janvier 1934). — Les recherches endocrinologiques conduisent à étudier les fonctions régulatrices des équilibres chimiques des humeurs, de la calcémie, de l'acidité ionique, de la réserve alcaline, etc. Mesurant cette dernière par la méthode de Van Slyke, appliquée aux globules rouges, C. note une diminution nette de la réserve alcaline des animaux ayant reçu une injection de thyroxine. Après la thyroïdectomie, au contraire, la réserve alcaline n'est pas modifiée.

Chez l'homme, dans la maladie de Basedow, la réserve alcaline s'abaisse jusqu'à la moitié de sa valeur normale. Dans l'insuffisance thyroïdienne, spontanée ou post-opératoire, la réserve alcaline demeure sans changement.

La thyroïde agit surtout en accélérant les processus d'oxydation. Dans les états hyperthyroïdiens, les hématies subissent des modifications, analogues à celles qui ont été décrites dans la chlorose, syndrome à la fois hématologique et endocrinien. Ces modifications sont en rapport probable avec la diminution de la réserve alcaline des globules.

Il est indiqué de relever, par une thérapeutique appropriée, la réserve alcaline insuffisante des hyperthyroïdiens.

G. d'Heucqueville.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

A. M. Zélasco, N. Bakmas et **J. M. Pastoriza.** ***Septicémie gonococcique guérie par l'auto-hémothérapie*** (*La Semana Medica*, t. XL, n° 51, 21 Décembre 1933). — Observation d'un malade de 35 ans, qui, un mois après une blennorragie, présente un frisson, un clocher thermique, de l'adynamie. La courbe de la température prend un aspect périodique du type tierce. Hémoculture négative.

Les vaccins, la quinine, la cylotropine et la septicémine n'ayant donné aucun résultat, l'on institue l'auto-hémothérapie. Injections à doses progressives de 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 cmc. Amélioration rapide et guérison.

G. d'Heucqueville.

F. C. Arrilaga et **A. Taquini.** ***Le battement thoracique universel, nouvel élément de diagnostic des anévrysmes de l'aorte rétro-cardiaque*** (*La Semana Medica*, t. XLI, n° 3, 18 Janvier 1934). — A. et T. décrivent, sous le nom de « battement thoracique universel », un battement, perceptible en apnée, qui déplace le thorax en masse vers la gauche.

Ce signe se rencontre dans l'hypertrophie du cœur gauche avec hypertension artérielle. Mais, quand on ne constate aucun symptôme de dilatation cardiaque, il est pathognomonique d'anévrysme de l'aorte descendante thoracique.

A. et T. citent 2 observations dans lesquelles les indications du battement universel ont été vérifiées par la radiographie.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

D. Rodino et **G. Garcia.** ***Investigations hématologiques après la résection de l'estomac*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. XXXVII, n° 3, 20 Janvier 1934). — On a accusé la gastrectomie de déterminer des syndromes d'anémie pernicieuse. 23 cas ont même été invoqués à l'appui de cette thèse.

La présente étude se fonde sur 39 autres observations, de 39 malades gastrectomisés en moyenne depuis cinq ans : la plus récente opération remonte à 1 an, la plus ancienne à 14 ans.

Chez ces 39 sujets, on a pratiqué une numération globulaire, déterminé la valeur globulaire, établi la formule leucocytaire. Dans aucun cas, ne s'est révélé un syndrome d'anémie pernicieuse. 6 opérés présentaient une anémie de type hypochrome, en rapport vraisemblable d'ailleurs avec des restrictions alimentaires. Assez constamment, on a trouvé un certain degré de lymphocytose.

G. d'Heucqueville.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

C. Jenkins. ***Les bases anaphylactiques du rhumatisme*** (*British Medical Journ.*, n° 3813, 3 Février 1934). — La tachycardie, les irrégularités du pouls, les sueurs, les adénites, les douleurs aux jointures, le tremblement musculaire, la leucopénie avec lymphocytose relative, la sédimentation du sang augmentée, l'asthénie, sont des symptômes communs au rhumatisme et à l'anaphylaxie et on peut avancer cette hypothèse que le rhumatisme est produit par l'action combinée d'une toxine microbienne et d'une sensibilisation spéciale, sensibilisation qui peut provenir des antécédents héréditaires.

Les mêmes rapports existent dans la thérapeutique. Les médicaments, que l'on a l'habitude de donner dans le rhumatisme : salicylates, salol, antipyrine, chlorure de calcium atténuent le choc anaphylactique ou l'empêchent de se produire.

André Plichet.

G. Bankoff. ***Les thromboses et les embolies. Leur traitement*** (*British Medical Journ.*, n° 3813, 3 Février 1934). — La thrombose n'est pas due exclusivement à une infection microbienne ou à une prédisposition des veines. C'est un état pathologique dû à un grand nombre de causes externes.

Sur 2.000 opérés, B. a pu diviser les sujets en deux groupes par le test à la thyroxine. Deux jours avant l'opération, il fait une injection de 1 centigr. de thyroxine. Dans le premier groupe, dit groupe sensible à la thyroxine, trois heures après l'injection, le pouls s'accélère, la température s'élève, le nombre des globules rouges augmente alors que celui des plaquettes diminue. Après deux ou trois injections, le temps de coagulation est allongé. Les malades de ce groupe ne feront jamais de thromboses.

Dans le deuxième groupe, on ne trouve aucune modification ni de la température, ni du pouls, ni du nombre des plaquettes et des globules rouges. Chez les malades de ce groupe, on doit redouter les thromboses.

La thyroxine aurait une action sur le système nerveux végétatif et, chez les sujets résistants, le système parasympathique serait dominant, d'où propension à la thrombose.

Pour parer à cette tendance aux thromboses, B. fait, cinq jours après l'opération, le traitement suivant : tous les deux jours, une injection de 1/2 milligr. d'atropine et une injection de 1 centigr. 1/2 d'éphétonine. 3 injections au total. 6 heures après la première injection, le nombre des plaquettes tombe à moins de 100.000 alors que le nombre des globules rouges s'élève et que le temps de coagulation devient deux ou trois fois plus long.

Dans les cas où l'on ne peut pas faire d'analyse de sang, B. recommande de faire ces injections préventivement, à tous les opérés.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

L. Witts. ***Les données cliniques dans l'asthme*** (*The Lancet*, n° 5763, 10 Février 1934). — Les caractéristiques cliniques de l'asthme sont la crise, l'expectoration spéciale, la sédation à l'injection d'adrénaline, la présence d'éosinophiles dans le sang.

40 pour 100 des asthmatiques ont souffert ou souffrent d'eczéma, d'urticaire, de rhinorrhée ou de rhume des foins et 60 pour 100 d'entre eux ont des antécédents familiaux atteints d'asthme ou de maladies allergiques.



Seule Poudre d'Ovaire desséchée par un procédé nouveau qui, par sa rapidité permet à l'organe de conserver toutes ses propriétés. —
HOLOVARINE
POUDRE D'OVAIRE INTÉGRAL
DOSE: 1 à 4 cachets ou dragées par jour avant le repas.
Echantillons gratuits sur demande
LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE
48, Rue de la Procession. PARIS (15e). Tél. Ségur: 26-87

La plupart des asthmatiques ont des tests cutanés positifs à différents allergènes, mais il ne faut pas essayer de diviser les asthmatiques en asthmatiques allergiques héréditaires et en asthmatiques bronchitiques. L'hypersensibilité aux protéines, la réponse au traitement, la nature des crises et la fréquence de l'hérédité se rencontrent chez presque tous les sujets.

Les maladies associées chez les enfants asthmatiques sont rares, notamment l'endocardite, la néphrite et la tuberculose. Seules l'hypersensibilité aux protéines et une expansion thoracique limitée différencient les enfants asthmatiques des enfants sains. Les lésions pulmonaires sont rarement responsables de l'asthme. Elles sont plus souvent une résultante des crises qu'une cause provocatrice.

André Plichet.

R. Gillepsie. ***Sur les dangers possibles des barbituriques*** (*The Lancet*, n° 5764, 17 Février 1934). — G. a dressé le tableau de tous les cas de morts attribués aux barbituriques publiés dans la littérature de tous les pays depuis l'année 1905 jusqu'en 1932. De cette statistique il tire les conclusions suivantes : la répétition des doses n'est pas dangereuse et à dose thérapeutique les barbituriques ne donnent pas la mort mais pour certains d'entre eux la marge n'est pas grande entre la dose thérapeutique et la dose léthale. D'autre part, il est possible que des morts qui n'auraient pas été expliquées autrefois soient attribuées maintenant aux barbituriques.

L'idiosyncrasie ne se rencontre que dans 3 pour 100 des cas et ne se traduit que par des éruptions cutanées et quelques troubles nerveux sans gravité. Il ne faut pas rattacher à l'idiosyncrasie des faits d'agranulocytose que l'on a pu observer chez des sujets ayant pris de l'amidopyrine et des barbituriques.

Cependant, il faut prendre quelques précautions dans l'administration de ces médicaments : le grand âge recommande des doses moins fortes ; les affections rénales contre-indiquent les barbituriques à l'exception du nembutal et du pernocton ; les affections hépatiques les contre-indiquent tous, de même que les toxémies, les septicémies et l'hyperthyroïdisme.

Sur 5.147 suicides qui eurent lieu en Grande-Bretagne en 1931, les barbituriques ne seraient responsables que de 13 morts.

André Plichet.

L. Colebrook et R. Hare. ***Le traitement de l'infection puerpérale due au streptocoque pyogène par les composés arsenicaux organiques*** (*The Lancet*, n° 5765, 24 Février 1934). — 66 cas d'infection puerpérale ont été traités par des composés arsenicaux organiques (habituellement par le sulpharsenamine).

Dans 29 cas, le traitement fut commencé alors que l'infection ne s'étendait qu'à l'appareil génital et, dans l'ensemble des cas, la limitation de l'infection a été plus fréquente que dans un groupe de cas approximativement semblables et qui ne furent pas traités. Les lochies, dans les cas traités, contenaient du streptocoque et la quantité d'arsenic que l'on pouvait y déceler était trop basse pour que ce médicament eût une action microbicide directe.

Dans un groupe de 28 cas où l'hémoculture était positive mais sans péritonite, il y eut 3 cas où le traitement parut avoir un résultat décisif. Cependant sur l'ensemble des cas, il n'y eut que 40 pour 100 de succès au lieu de 42 pour 100 pour des malades traités par d'autres méthodes.

Enfin, dans un groupe de 9 cas avec péritonite généralisée et dont 4 d'entre eux avec hémoculture positive, le traitement fut sans effet.

André Plichet.

E. Telford. ***La sympathectomie*** (*The Lancet*, n° 5766, 3 Mars 1934). — T. a pratiqué, en 2 ans 1/2, 100 sympathectomies : 71 opérations portant sur les deux sympathiques lombaires, 5 portant sur un seul côté, et 24 opérations intéressant le ganglion stellaire.

Dans la thrombo-angéite oblitérante, la sympathectomie lombaire a une valeur curatrice minime quand les lésions sont organisées ou quand la gangrène est établie. Plus indiquée quand les lésions sont à leur début, si elle permet au patient de marcher plus longtemps, elle n'abolit pas complètement la claudication intermittente.

Dans la maladie de Raynaud affectant les membres inférieurs, la sympathectomie portant sur le sympathique lombaire donne de bons résultats. Ces résultats sont moins complets pour les membres supérieurs. Cela tient probablement à la complexité du sympathique cervical et à la difficulté de sectionner toutes les fibres vaso-constrictives.

On peut faire les mêmes observations pour l'acrocyanose. Dans 3 cas de troubles trophiques consécutifs à une poliomyélite des membres inférieurs, la sympathectomie apporta un changement heureux dans la circulation.

Dans la maladie de Hirchprung qui apparaît comme un défaut d'équilibre entre le système sympathique et le système parasympathique, la sympathectomie a donné de bons résultats chez les sujets jeunes, à condition de respecter le système parasympathique, ce qui peut être une difficulté opératoire. Par analogie, la sympathectomie peut obvier à la constipation chronique. T. en rapporte un cas heureux. De même qu'il rapporte un cas de malade atteint d'hyperhydrose guéri par une sympathectomie lombaire.

Par contre, dans la sclérodermie, la ganglionectomie n'a rien donné dans 3 cas. Dans un cas, où les lésions portaient sur les extrémités inférieures, la sympathectomie lombaire donna un résultat excellent.

André Plichet.

H. Marriott. ***L'agranulocytose et son traitement par le nucléotide pentosique*** (*The Lancet*, n° 5766, 3 Mars 1934). — Jusqu'alors le traitement de cette affection consistait en des transfusions répétées et dans des irradiations de la moelle osseuse.

Doan, partant de l'hypothèse que la moelle osseuse pour produire et libérer des granulocytes devait être excitée par des produits de désintégration des cellules de même type, étudia l'action de l'acide nucléique et des nucléotides. Jackson, le premier, montra l'existence dans le sang normal de nucléotide pentosique, corps soluble dans l'eau, non irritant, et en apparence stable en solution.

Ce corps se trouve aux Etats-Unis dans le commerce sous le nom de « Pentnucléotide ».

Le traitement consiste en des injections intramusculaires bi-quotidiennes d'une ampoule de 10 cmc contenant 0,70 centigr. de nucléotide pentosique. Dès que le chiffre des cellules blanches s'élève, on ne fait plus qu'une injection par jour.

Les réactions sont minimes : on a signalé parfois de la dyspnée, de l'angoisse précordiale, quelques sueurs et vomissements.

Jackson et ses collaborateurs ont traité de 1931 à 1932 69 cas d'agranulocytose et ont obtenu 51 succès.

André Plichet.

C. Hoyle et W. Evans. ***Les effets thérapeutiques du repos au lit dans l'angine de poitrine d'effort*** (*The Lancet*, n° 5768, 17 Mars 1934). — Le repos absolu, au lit, pendant 1 mois ou plus, a amélioré 17 malades sur 23 atteints d'angine de poitrine d'effort. Sept d'entre eux ont eu une très grande amélioration, les 10 autres une amélioration légère. Tous, au bout de 4 à 9 mois, reprirent leurs occupations telles qu'elles étaient avant leur maladie.

Les crises angineuses ont plus souvent diminué d'importance que de fréquence, mais elles n'ont jamais complètement disparu. 5 sur 10 malades atteints d'angine de poitrine avec hypertension ont eu une grande amélioration, alors que 2 seulement, ayant une pression normale, l'ont eue. 6 malades dont le début de la maladie remontait à moins de 3 mois ont été très améliorés, 4 d'entre eux ont presque guéri.

Le traitement était conduit de la façon suivante : pendant un mois repos au lit absolu. Pour calmer les douleurs, trinitrine. Au bout d'un mois de légers mouvements sont permis. Puis progressivement, semaine par semaine, on permettait au malade de se lever pendant quelques heures et de faire quelques pas.

André Plichet.

R. G. Henderson. ***La pharyngite pneumococcique aiguë*** (*The Lancet*, n° 5769, 24 Mars 1934). — C'est une maladie peu fréquente dont on parle peu dans la littérature médicale mais qui, pourtant, est dramatique et de mortalité élevée. H. en a observé 11 cas dont 9 sont survenus chez des femmes de 26 à 65 ans. Ces cas sont survenus pendant une épidémie sévère de pneumonie et d'influenza mais, cependant, ces malades étaient à l'abri de la contagion de pneumonies, de bronchopneumonies.

Le début est brusque par des frissons et une température entre 38 et 39,5. Localement les symptômes sont : douleur, dysphagie, adénopathie cervicale. A l'examen, on trouve une inflammation intense et de l'œdème du pharynx avec une fausse membrane enveloppant les amygdales, la luette et le voile du palais. Ces fausses membranes laissent une érosion de la muqueuse et deviennent rapidement noires et nécrotiques.

L'œdème fut tel dans 3 cas que la trachéotomie fut nécessaire. Dans 10 cas sur 11, il y avait une septicémie pneumococcique vérifiée par hémoculture. Un seul cas guérit. L'examen de la gorge donna des cultures pures de pneumocoques, un cas de type I, 4 cas de type III, 6 cas de type IV.

Le traitement, du reste inefficace, consista en injection d'optochine, de novarsenobenzol, d'alcool et de strychnine.

André Plichet.

S. J. Hartfall. ***Monocytose et agranulopénie dans l'angine de Vincent*** (*The Lancet*, n° 5769, 24 Mars 1934). — H. rapporte ici un cas de monocytose chez un malade atteint d'angine de Vincent. Les variations des globules blancs étaient quotidiennes, oscillant entre 7.000 et 18.000. Dans les derniers jours de la maladie une grave granulopénie se développa qui céda rapidement au traitement par nucléotide pentosique. L'examen du sang chez 8 autres malades atteints d'angine de Vincent montra chez 2 d'entre eux une monocytose bien marquée, chez 2 autres une monocytose légère, chez 3 autres une leucocytose polymorphe. Dans le dernier cas, il n'y avait aucun changement significatif.

André Plichet.

A. M. Kenneby. ***Les pouces de l'allumeur de réverbères*** (*The Lancet*, n° 5769, 24 Mars 1934). — Pendant 35 ans, un allumeur de réverbères alluma et éteignit chaque soir environ 90 becs de gaz de la ville, se servant pour cet usage d'abord d'un bâton de bois surmonté d'une torche, pesant 6 kilogr., remplacé plus tard par une tige de fer de même poids et ensuite, pour éteindre, d'une perche à crochet. Au cours de sa vie, il donna près de 3 millions de secousses pour allumer et

éteindre. Il s'ensuivit une déformation des pouces non seulement de la partie musculaire mais de tout le squelette osseux. Celui-ci présentait un élargissement de la phalangette avec une dislocation partielle de l'articulation métacarpo-phalangienne et de l'articulation phalango-phalangienne. La radiographie montrait à l'évidence toutes ces déformations. Sur l'épiderme se trouvait une callosité à la face interne du pouce.

Chez un sujet de même profession, ayant fait le métier pendant 26 ans seulement, on trouva les mêmes lésions, mais moins prononcées. Les ouvriers eux-mêmes connaissent d'ailleurs ces déformations professionnelles.

André Plichet.

P. T. Kerridge. ***La protéinurie dans la néphrite chronique*** (*The Lancet*, n° 5770, 31 Mars 1934). — Il est probable que les protéines qui sont excrétées par les malades atteints de néphrite sont différentes des protéines du sérum soit dans leur constitution chimique ou physique soit en raison de leur toxicité. Cette question posée depuis plus de 100 ans n'est pas encore résolue. K., dans une série d'expériences, a essayé de déterminer si les protéines provenant de l'urine de malades atteints de néphrite pouvaient être excrétées par les reins normaux de mammifères.

Il a recueilli les urines de 10 malades atteints de néphrite chronique, en a séparé les protéines par dialyse, les a concentrées au taux des protéines du sérum et les a injectées dans la veine fémorale du chat.

L'urine de ces animaux était recueillie et analysée. On ne trouva aucune trace de protéinurie.

André Plichet.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] (Rome)

G. Barbera et M. Moraldi. ***Recherches sur le métabolisme basal et les échanges des hydrates de carbone dans la tuberculose pulmonaire*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. XL, n° 30, 24 Juillet 1933). — Chez les tuberculeux pulmonaires atteints de formes graves et fébriles, telles que les formes broncho-pulmonaires, la glycémie est basse; dans les formes nettement bénignes et apyrétiques (fibreuses par exemple), la glycémie est élevée; dans les formes scléro-ulcéreuses et ulcéro-caséeuses en évolution, les résultats sont variables suivant l'état général et celui des divers organes. On a attribué cette hypoglycémie des formes graves fébriles à une excessive désintégration d'albumines pourvues d'une action hypoglycémiante, à la formation dans les foyers tuberculeux d'une para-insuline douée d'une action glycolytique ou à l'existence d'une hépatite diffuse avec appauvrissement de la cellule hépatique en glycogène. Ayant remarqué que cette hypoglycémie va de pair avec l'augmentation du métabolisme basal (alors que celui-ci est normal dans les formes fibreuses), B. et M. pensent qu'elle dépend de l'excessive destruction des hydrates de carbone au niveau des tissus dont les besoins énergétiques sont accrus par les conditions spéciales dans lesquelles se trouve placé l'organisme tuberculeux.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (Bologne)

A. Allodi et F. Quaglia. ***Etudes sur la sécrétion psychique et son importance clinique*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. II, n° 2, Juillet 1933). — Il est hors de doute, d'après les recherches de A. et Q., que la sécrétion gastrique obtenue avec la sonde à demeure doit être considérée pour la plus grande partie comme le résultat d'une action mécanique de la sonde sur la muqueuse gastrique; tout au plus, peut-on envisager, sans qu'elle soit certainement démontrée, la participation d'une action réflexe, brève et peu importante, produite par les manœuvres d'introduction de la sonde; quant au facteur psychique, il est négligeable ou à exclure dans ce cas.

Des tubages étagés au cours de la digestion d'un repas d'Ewald faits chez 15 sujets ont donné 10 fois un taux d'acidité plus faible pour le prélèvement inférieur et 4 fois un taux d'acidité plus élevé; dans le dernier cas, l'acidité était la même pour les deux prélèvements; le taux de la pepsine est dans la règle plus élevé dans le prélèvement inférieur.

Dans une autre série de recherches, A. et Q. ont étudié la sécrétion psychique en faisant voir et sentir des aliments à des sujets à jeun et soumis à un tubage fractionné, poursuivi jusqu'à épuisement de la sécrétion mécanique provoquée par la sonde; la courbe d'acidité était ultérieurement établie au cours d'une épreuve d'Ewald. Chez les sujets présentant une anachlorhydrie même après injection d'histamine, l'excitation psychique a augmenté légèrement la sécrétion gastrique, sans faire apparaître l'acide; chez les sujets présentant une anachlorhydrie à jeun, mais sécrétant de l'acide après injection d'histamine, la sécrétion psychique contenait l'acide dans 4 cas sur 7; la plupart des hypochlorhydriques à jeun ont réagi à l'excitation psychique, sauf un malade atteint d'ulcère duodénal et deux atteints de névrose gastrique; chez les hyperchlorhydriques, 3 n'ont pas réagi et 6 ont réagi nettement, l'acidité psychique pouvant dépasser l'acidité maxima obtenue au cours du repas d'épreuve; tous les sujets normaux ont présenté une réaction appréciable. Il est probable que l'étude de la sécrétion psychique pourra donner des éléments utiles pour le diagnostic des états fonctionnels et lésionnels; en tout cas, elle doit être poursuivie chez les sujets ayant des troubles gastriques d'origine nerveuse.

Lucien Rouquès.

GIORNALE MEDICO DELL'ALTO ADIGE (Bolzano)

G. Collina. ***Hyperthyroïdisme et maladie de Parkinson*** (*Giornale Medico dell' Alto Adige*, t. V, n° 7, Juillet 1933). — C. rapporte les observations de trois femmes âgées présentant une maladie de Parkinson et des symptômes d'hyperthyroïdisme latent, confirmant ainsi les idées de Pende qui a soutenu que, dans tous les cas de maladie de Parkinson, il existait une note somatique d'hyperthyroïdisme constitutionnel. C. rapporte également 9 observations d'hyperthyroïdiens dont un des parents est ou a été atteint de maladie de Parkinson (dans tous ces cas, il ne s'agit que de maladie de Parkinson sénile et non de manifestations post-encéphalitiques). L'alternance des deux syndromes paraît étroitement réglée par les lois du développement somatique: les troubles liés à l'altération de la fonction thyroïdienne se manifestent dans l'adolescence et ceux qui dépendent des lésions des noyaux de la base sont propres à l'âge adulte, mais les uns et les autres ne semblent que des manifestations différentes de l'évolution naturelle d'un terrain constitutionnel particulier.

Lucien Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE (Milan)

C. Salaria et B. Nolli. ***Sur quelques modifications de forme, de volume et du contenu en hémoglobine des globules rouges dans les anémies néphritiques*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. LIV, n° 41, 8 Octobre 1933). — Ayant étudié 17 malades atteints de glomérulo-néphrites de types variés et à divers stades, S. et N. ont trouvé, dans tous les cas examinés, des modifications spéciales des hématies, semblables à celles des globules en boule de l'ictère hémolytique congénital : le diamètre est toujours diminué tandis que le volume est assez souvent augmenté, parfois même considérablement, et le rapport entre le diamètre et le volume est toujours tel qu'il justifie l'hypothèse d'une forme sphérique. La teneur globale des globules en hémoglobine est presque normale, mais leur teneur relative par unité de volume est diminuée et cela proportionnellement à la gravité de l'anémie. L'augmentation de volume explique la persistance d'une teneur globale normale ou presque, malgré une teneur relative diminuée. Ces altérations des hématies sont l'expression d'un trouble particulier de l'activité érythropoïétique de la moelle osseuse, qui se manifeste d'abord, dès les tout premiers stades de la maladie rénale, par la mise en circulation d'hématies sphériques, puis par la diminution du nombre et de la teneur en hémoglobine des hématies.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA (Milan)

R. Angelini. ***Tuberculose et neuro-psychopathies*** (*Archivio italiano di anatomia ed istologia patologica*, t. III, n° 6, Novembre-Décembre 1933). — L'étude de A. est exclusivement anatomique et se base sur les autopsies de 420 sujets atteints d'affections mentales variées; ils ont été classés en 6 catégories dont la 1re correspond à ceux qui présentaient un foyer fibreux cicatriciel ancien, la 2e à ceux qui présentaient un foyer fibreux cicatriciel ancien à centre caséeux, les 3e et 4e aux cas de tuberculose évolutive et les 5e et 6e aux lésions tuberculeuses mortelles. Sur les 420 malades, 257 ne présentaient aucune lésion tuberculeuse ou des lésions du type I, les autres présentant des lésions des types II à VI; 60 malades avaient des lésions des types V et VI. Les pourcentages les plus élevés de lésions des types II à VI ont été trouvés chez les hébéphréno-catatoniques (68,75 pour 100), chez les schizophréniques avec syndrome paranoïde (87,5), et chez les maniaques (85,71); viennent ensuite les cas d'alcoolisme chronique, de syndromes dysthymiques et mélancoliques, de cérébropathies infantiles, de paralysie progressive et de cérébropathies séniles. Le pourcentage des lésions mortelles (V et VI) a été : 40,6 chez les hébéphréniques et les hébépréno-catatoniques, 37,5 chez les schizophréniques, 36,8 chez les alcooliques, 28,5 dans les psychoses circulaires, 26,6 chez les mélancoliques, 22,2 chez les maniaques, 22,2 dans les cérébropathies infantiles, 4,9 dans les cérébropathies séniles et 6,4 dans la paralysie progressive.

Lucien Rouquès.

IL MORGAGNI (Naples)

R. de Nunno. ***Recherches sur la provenance des cellules réticulo-endothéliales qui apparaissent dans le sang circulant*** (*Il Morgagni*, t. LXXV, n° 24, 11 Juin 1933). — Chez un homme de 26 ans atteint de tuberculose pulmonaire et d'une hépato-splénomégalie (cancer probable du foie), N. a observé sur les frottis de sang prélevé par piqûre de la pulpe du doigt ou du pavillon de l'oreille de nombreuses cellules endothéliales, dont beaucoup montraient des figures de phagocytose et de reproduction directe. Leur nombre n'était pas modifié par le massage du lobule de l'oreille; il a subi de notables variations avec le volume du

foie, augmentant lors des diminutions temporaires présentées par celui-ci ou après spléno-contraction adrénalinique; le suc du foie et de la rate recueilli par ponction contenait des éléments semblables par leur morphologie et leur coloration à ceux du sang.

Ces éléments réticulo-endothéliaux du sang circulant paraissent dans le cas rapporté provenir des organes profonds (foie, rate, etc.); néanmoins, il est incontestable que, dans de nombreux cas d'endocardite lente, ils viennent des vaisseaux périphériques, comme le montre leur augmentation après le massage. Ils ont donc une double origine possible, parfois centrale, parfois périphérique, ou parfois même à la fois centrale et périphérique, dans les endothélioses généralisées.

LUCIEN ROUQUÈS.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

C. Guarini. ***Comportement des leucémiques sous l'influence de la radiothérapie après ou sans imprégnation par le thorostrat*** (*La Riforma medica*, t. XLIX, n° 37, 16 Septembre 1933). L'injection de thorostrat aux doses usuelles de la splénographie détermine parfois (dans 3 cas sur 7) chez les malades atteints de leucémie chronique une réduction du volume de la rate. Chez tous les malades ayant reçu du thorostrat et traités par la radiothérapie, on observe, en dehors de la réduction de la rate, l'amélioration de l'état général et la diminution des anomalies sanguines; il se peut que cette amélioration soit de plus longue durée que chez les malades traités par la radiothérapie seule.

Le traitement radiothérapique des leucémies, lorsqu'il est conduit d'après les réponses du laboratoire et avec une technique précise, donne à coup sûr de nettes améliorations et permet de reculer longtemps l'issue fatale : un malade atteint de leucémie lymphoïde et traité par G. n'est mort qu'au bout de 10 ans d'évolution, à l'âge de 72 ans et d'une affection intercurrente (pneumonie).

LUCIEN ROUQUÈS.

LA PEDIATRIA
(Naples)

A. Monastra Abate, Virginio Debenedetti et **Ercole Gallotti** (Ivrea). ***Sur une épidémie de 124 cas de cinquième maladie*** (*La Pediatria, Rivista*, t. XII, fasc. 4, 1er Avril 1934). — A., D. et G. ont observé à Ivrea, de Mai à Août 1933, une épidémie de « cinquième maladie » qui a atteint de nombreux enfants, surtout âgés de 6 à 8 ans. L'épidémie s'est développée principalement dans les milieux scolaires. A l'hôpital, où 3 sujets atteints de cette « cinquième maladie » furent admis, on ne nota aucun cas de contagion.

L'*incubation* n'est pas encore précisée. Elle varie de 5 à 17 jours pour Brusa, de 6 à 14 jours pour Herrick. Pour Taccone, elle serait plus courte, de 4 jours parfois et même moins. D'après les cas de contagion familiale observés par A. D. et G. l'incubation pourrait varier et être de 8 à 14 jours.

La cinquième maladie n'est précédée habituellement d'aucun stade prééruptif. Elle ne donne lieu qu'exceptionnellement à de la fièvre, à des nausées ou à des vomissements. L'*éruption* est constituée par des macules de dimensions variables, rappelant la rubéole ou la rougeole; elle est caractérisée à certains moments de son évolution par des éléments circinés. Sa durée est en moyenne de 7 jours. Les formes plus courtes sont rares et davantage encore les formes prolongées avec exanthème persistant pendant plus de 10 jours.

L'éruption s'accompagne souvent de tuméfaction des ganglions lymphatiques épitrochléens, de la nuque, mastoïdiens, cervicaux, inguinaux. Chez deux sujets, la réaction ganglionnaire était généralisée. La rate n'a jamais été hypertrophiée.

A., D. et G. n'ont jamais observé d'exanthème. Ils ont noté parfois une légère inflammation des conjonctives. Des 124 cas, un seul a donné lieu à une rechute.

La numération des globules sanguins n'a rien montré de très particulier, à part une lymphocytose relative dans un certain nombre de cas.

G. SCHREIBER.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA
(Naples)

E. Ferroni. ***Les résultats du traitement du cancer du corps de l'utérus et particulièrement les résultats éloignés*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. XIV, n° 11, 15 Juin 1933). — La statistique de F. est basée sur l'étude de 192 cas de cancer du corps utérin suivis à la clinique de Florence, avec un recul de deux ans au minimum. Histologiquement, le pourcentage est le suivant : adénomes malins : 5, carcinomes compacts diffus : 15, adénocarcinomes ulcératifs infiltrants : 30 (ces deux variétés ayant l'évolution la plus rapide et diffusant le plus facilement), adénocarcinomes papillaires proliférants à développement surtout endocavitaire : 50 (les plus lentement malins). Sur 100 cas, 22 ont été traités au début et 78 à un stade plus ou moins avancé; mais ces cancers restent très longtemps opérables et sur 100 consultantes, 94 sont cliniquement opérables et 87 réellement opérables.

162 malades de F. ont été opérées : 12 interventions vaginales, 150 abdominales dont 128 hystérectomies totales simples et 9 Wertheim; la mortalité opératoire des interventions radicales a été : 9,26 pour 100; l'état de 45 pour 100 des survivantes a pu être précisé et parmi elles 78 pour 100 ont survécu 3 à 5 ans et 70 pour 100 plus de 5 ans; la récidive est presque toujours locale. Le plus grand nombre des guérisons correspondent aux adénocarcinomes papillaires endocavitaires et aux cas traités au début.

30 malades ont été traitées par les agents physiques et presque toutes par le radium; F. n'a d'abord choisi que les malades inopérables ou refusant l'opération, mais traite maintenant des malades au début. Les insuccès, surtout fréquents dans les premières années, sont en bloc de 36,6 pour 100 et, sur 19 survivants, 10 ont vécu plus de 2 ans et 6 plus de 4 ans.

Les deux statistiques de F. ne sont pas comparables car celle des cas traités par le radium comprend trop peu de cas et trop de cas spécialement graves; il estime qu'actuellement il vaut mieux opérer, mais les progrès de la chirurgie ont à peu près atteint leur maximum, tandis que les techniques physiothérapiques sont en pleine évolution; il ne faut plus considérer les cas au début comme uniquement chirurgicaux; enfin, la radiothérapie post-opératoire est souvent indiquée.

LUCIEN ROUQUÈS.

ARCHIVIO GENERALE DI NEUROLOGIA PSICHIATRIA E PSICOANALISI
(Salerno)

M. Levi Bianchini et **J. Nardi.** ***Malariathérapie des psychoses non syphilitiques*** (*Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi*, t. XIII, n° 2, 15 Juillet 1933). — Les caractères cliniques et le mode d'action de la malaria provoquée chez les psychopathes non syphilitiques et chez les paralytiques généraux paraissent être sensiblement les mêmes. La résistance organique des psychopathes non syphilitiques à la tierce d'inoculation est pratiquement illimitée et la quasi-totalité supportent sans danger vital une période fébrile de 20 à 50 accès, même journaliers et dépassant 40°. Sur 404 malades, L. et N. comptent en bloc 9,16 pour 100 de guérisons, 12,12 pour 100 d'améliorations, 2,2 pour 100 d'aggravations et deux cas de mort qui ne dépendent pas certainement de la malariathérapie; parmi les schizophréniques, il y a 8,3 pour 100 de guérisons et 16,4 d'améliorations; parmi les malades atteints de psychose maniaco-dépressive, 23,5 pour 100 de guérisons et 20,5 d'améliorations; la malariathérapie est sans action sur l'oligophrénie, la bradyphrénie et le parkinsonisme post-encéphalitiques, l'épilepsie.

LUCIEN ROUQUÈS.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

J. Flaks et **B. Grynkhraut.** ***Expériences sur l'accroissement des tumeurs et la formation de métastases chez les rats soumis préalablement à l'action des rayons X*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. X, n° 42, 19 Octobre 1933). — F. et G. obtiennent facilement des métastases cancéreuses chez des jeunes rats âgés de 3 semaines par l'inoculation de sarcome de Jensen dans les muscles de la cuisse.

Dans une série d'expériences faites sur 150 jeunes rats, ils étudient l'action exercée par les rayons X appliqués avant l'inoculation. Les animaux reçoivent aux rayons X la moitié de la dose mortelle équivalant à 1.080 unités internationales de l'appareil de Küstner. L'irradiation est unique et préventive. Son action se traduit par le ralentissement de la croissance du rat, en même temps qu'elle entrave le développement de la tumeur. Cependant, elle n'influe pas sur la production des métastases et même il arrive fréquemment qu'elle les active. Les rayons X paraissent retarder l'accroissement de la tumeur par l'intermédiaire de l'organisme puisque l'irradiation est antérieure à l'inoculation et s'adresse aux animaux encore sains.

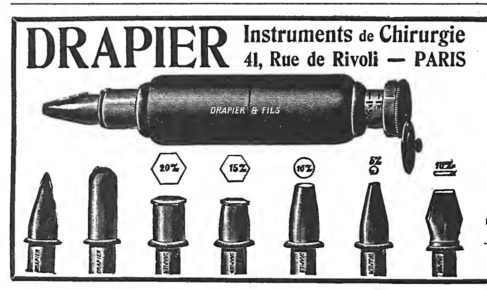
FRIBOURG-BLANC.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA
(Stockholm)

S. Koster (Amsterdam). ***Résultats du traitement de la sclérose en plaques avec le cacodylate de soude à fortes doses*** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, t. VIII, fasc. 4, 1933). — K. se basant sur une expérience de 11 années pense que les injections sous-cutanées de cacodylate de soude constituent l'une des meilleures thérapeutiques de la sclérose en plaques. Bing avait déjà préconisé ce médicament mais l'employait à des doses plus faibles que l'auteur. K. employait, au début, des doses de 5, 10 ou 15 centigr. mais il monta bientôt à 20 centigr. par injection. Depuis 1 an il utilise des doses de 40 centigr., cette quantité étant dissoute dans 2 ou 4 cmc d'eau. Actuellement, il utilise le plan de traitement suivant : après 2 ou 3 injections de 10 ou de 20 centigr. il pratique des injections de 20 ou de 40 centigr., 20 injections par mois au rythme de 5 par semaine. Après chaque série de 20 injections, K. interrompt le traitement au moins un mois, l'intervalle entre les séries étant allongé si les résultats sont satisfaisants. Aucun trouble, si ce n'est de temps à autre de légères démangeaisons, n'a été noté au cours de ce traitement. D'ailleurs, K. dans ces derniers mois a réduit les doses de 40 à 20 centigrammes, car il ne lui a pas semblé que les résultats fussent meilleurs avec 40 centigr. qu'avec 20. L'auteur rapporte 12 observations où les résultats furent remarquables, satisfaisants ou très encourageants. Le nombre de séries mensuelles variait entre 4 et 13 selon les malades.

RAYMOND GARCIN.

DRAPIER Instruments de Chirurgie
41, Rue de Rivoli — PARIS



CRYOCAUTÈRE

Du Dr LORTAT-JACOB

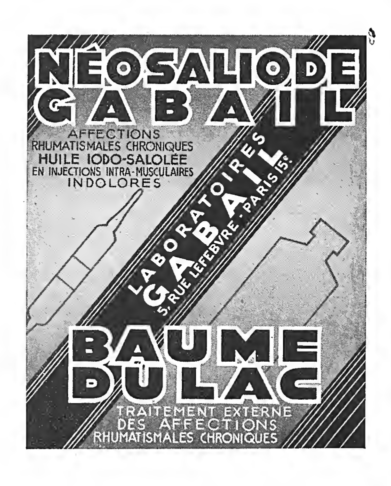
Pour le Traitement des

DERMATOSES ET MÉTRITES

par la Neige carbonique.

MODÈLE ADOPTÉ PAR L'HOPITAL SAINT-LOUIS

NOTICE SUR DEMANDE





RHUMATISME - SCIATIQUE
GOUTTE - GRAVELLE
LUMBAGO

TOPHOL

(C^{16} H^{11} N° 2)
acide phénylquinolique 2 carbonique 4

Médicament de choix des arthritiques en raison de son action élective sur l'acide urique, dont il empêche la formation (action inhibitrice sur le ferment uricolytique du foie) et l'accumulation dans les tissus et les humeurs. Stimulant des processus d'oxydation intracellulaires.

Analgésique - Antithermique
Antiphlogistique - Non-toxique

Sans action nocive sur le cœur, le foie ou les reins.

1 à 8 cachets ou comprimés par jour, aux repas, avec un peu d'eau alcaline.

LITTERATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
LABORATOIRES DU TOPHOL
3, Rue Condillac - GRENOBLE (Isère)

Hémet-Jep-Carré-Paris

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE



LAB. G. FERMÉ • 55 BOULEVARD DE STRASBOURG • PARIS

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

J. Lhermitte et **Albessard.** ***L'hémiplégie ascendante progressive à évolution prolongée*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVII, n° 11, 7 Février 1934). —Une malade à l'époque de la ménopause présenta des troubles subjectifs de la sensibilité d'abord dans le membre antérieur droit, puis dans le gauche. Quelques mois plus tard, à cette paresthésie, succède une parésie de la jambe de plus en plus accusée. Ce n'est que 2 ans plus tard que se développe, progressivement, une maladresse et une parésie du membre supérieur homologue; puis ce fut le tour de la jambe du côté opposé, tandis que les muscles de la face, du larynx et des yeux conservaient leur jeu normal, et que persistait l'intégrité de l'état mental. Il y avait par contre de légers troubles sphinctériens et des troubles trophiques, notamment un amaigrissement musculaire diffus de tout le membre paralysé.

L'ensemble des caractères cliniques de l'hémiplégie ascendante impose l'idée que cette affection est liée à un processus spécial localisé à la moelle épinière et limité étroitement au faisceau pyramidal. La syphilis spinale ne réalise pas souvent le tableau de l'hémiplégie ascendante. Il s'agit plutôt d'une variété de dégénération assez systématique dont l'étiologie et la pathogénie demeurent mystérieuses comme celles de la maladie de Friedreich ou de la sclérose latérale amyotrophique.

Il n'y a pas de thérapeutique connue. Heureusement, l'hémiplégie progressive ascendante n'est pas vraiment douloureuse, elle évolue lentement et ne s'accompagne pas de troubles psychiques.

Robert Clément.

G. Carrière et **C. Huriez.** ***Un accident rare de l'aurothérapie. La stomatite bulleuse à type de pemphigus*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVII, n° 13, 14 Février 1934). — Chez une femme de 42 ans, non tuberculeuse, une thérapeutique intempestive par les sels d'or, ayant été poursuivie pendant 2 mois, malgré des signes d'intolérance (prurit généralisé, plaques d'érythrodermie sur la jambe droite), on observa, 1 mois après la dernière injection, des lésions buccales à type pemphigus. La malade ressentait au moment des repas une douleur diffuse dans la bouche en même temps qu'elle constatait l'existence de bulles sur la face interne des joues et sur la langue. Cette bulle, d'aspect brillant, se rompait sous l'influence de la mastication et laissait, après elle, une ulcération assez profonde d'aspect diphtéroïde. Il y avait, en outre, un liséré gingival blanchâtre, des adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes, de la fétidité de l'haleine et un peu de fièvre. La leucocytose sanguine était normale et les polynucléaires au nombre de 73 pour 100. Cette stomatite eut une évolution sérieuse durant plus de 6 mois sans s'accompagner d'altérations rénales, hépatiques et sanguines. Elle fut décevante au point de vue thérapeutique. La sérosité bulleuse et l'enduit recouvrant les ulcérations ne montraient pas l'association fusospirochétique, mais de nombreux pneumocoques.

La stomatite aurique est le plus souvent érythémateuse, diffuse et douloureuse, associée ou non à un syndrome agranulocytaire. Elle est plus rarement ulcéreuse; il existe une observation d'exanthème bulleux à type d' « hydroa-buccal » de cette origine.

Le biotropisme peut être écarté, mais il est difficile d'affirmer s'il s'agit plutôt d'une manifestation d'intolérance ou d'un accident toxique.

Au cours de la chrysothérapie, il faut rechercher systématiquement les signes d'intolérance (prurit, diarrhée, etc.) et interrompre immédiatement le traitement lorsque ceux-ci se présentent afin d'éviter des accidents aussi sérieux et prolongés que ceux rapportés ci-dessus.

Robert Clément.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

E. Sergent et **R. Kourilsky.** ***Résultats thérapeutiques des interventions chirurgicales sur le phrénique dans les suppurations broncho-pulmonaires*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. IX, n° 1, 1934). — 23 phrénicectomies et 2 alcoolisations du nerf phrénique ont été effectuées dans diverses variétés de suppurations bronchiques. Il y eut amélioration passagère dans 8 cas, aggravation nette et immédiate 2 fois, effet nul 9 fois. Dans 4 cas, l'amélioration fut durable et 2 malades furent considérés comme guéris.

Les améliorations les plus nettes ont été obtenues dans les dilatations bronchiques cylindriques du lobe inférieur, remontant à l'enfance et d'origine indéterminée. Tous les cas favorables se sont produits chez les sujets peu infectés, éliminant une quantité de crachats modérés, peu ou pas fétides et surtout sans atteinte inflammatoire du parenchyme adjacent.

Les cas aggravés par l'intervention se sont au contraire produits chez des malades très infectés. Les résultats nuls ont été observés dans les cas intermédiaires : deux dilatations consécutives à des abcès pulmonaires encore en évolution, 7 cas de bronchorrhées provenant de suppurations bronchiques et pulmonaires diffuses d'étiologie imprécise.

Dans 11 cas de suppurations pulmonaires diverses, 9 localisées et 2 diffuses, toutes constituant des abcès putrides, la phrénicectomie a donné 4 fois une amélioration passagère d'une durée maximum de 3 mois, 6 aggravations et une seule guérison dans un abcès putride cavitaire du lobe supérieur droit.

La phrénicectomie est donc une méthode infidèle dans les suppurations broncho-pulmonaires. Elle est contre-indiquée dans les bronchectasies très infectées et entourées d'une zone de parenchyme enflammé ou suppuré, et dans les abcès putrides surtout lorsqu'ils siègent à gauche. Elle est sans danger dans les bronchectasies anciennes cylindriques et procure habituellement une rémission de plusieurs mois. Elle améliore temporairement aussi les scléroses pleuro-pulmonaires ectasiantes et les suppurations du lobe moyen droit faiblement actives.

Robert Clément.

E. Sergent et **Cl. Launay.** ***Résultats thérapeutiques des interventions chirurgicales sur le phrénique dans la tuberculose pulmonaire*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. IX, n° 1, 1934). — On n'a eu recours à la phrénicectomie ou à l'alcoolisation du nerf phrénique que dans les cas où, la collapsothérapie étant indiquée, les tentatives de pneumothorax thérapeutique sont demeurées infructueuses. Les résultats de cette méthode, comme ceux du pneumothorax, sont d'autant plus favorables que le malade est soumis en même temps à la cure sanatoriale.

Sur 68 phrénicectomisés entre 1924 et 1932, suivis au moins un an et en moyenne 3 ans, 9 sont morts, 9 peuvent être considérés comme guéris et 50 conservent actuellement des lésions importantes plus ou moins évolutives. Parmi ces derniers, 27 étaient considérés quelques mois après l'opération comme améliorés, mais ultérieurement, leurs lésions ont subi une nouvelle évolution.

Parmi les cas considérés comme guéris, 5 étaient porteurs de cavernes sans grosses infiltrations péricavitaires, d'évoluion subaiguë ou froide. La tuberculose datait de 6 à 15 mois. La disparition des cavernes a été obtenue dans un délai inférieur à 6 mois. 3 autres cas concernaient des infiltrations lobaires, ou étendues à une partie du poumon, creusées de petites cavernes, d'évolution subaiguë ou froide avec participation pleurale. L'amélioration s'est poursuivie lentement, la guérison clinique est aujourd'hui parfaite, l'image radiographique restant celle d'une sclérose pulmonaire avec rétraction hémithoracique considérable. Dans le dernier cas, l'infiltration était plus aiguë, plus récente.

La phrénicectomie s'est montrée tout à fait inopérante sur les grosses cavernes apicales, appelées communément « évidements lobaires »; elle n'a pas modifié les infiltrations pneumoniques aiguës à localisation lobaire ou périscissurale. Souvent, après la phrénicectomie, les infiltrations diffuses de tout un poumon subissent une sorte de stagnation, mais reprennent presque toujours une tendance évolutive plus sévère.

L'alcoolisation du phrénique provoque une paralysie qui varie de 2 à 18 mois; or, la reprise du mouvement du muscle est souvent suivie de la reprise de l'évolution morbide, il faut donc surveiller radiologiquement les malades soumis à l'alcoolisation du phrénique.

Robert Clément.

E. Sergent, R. Kourilsky et **Cl. Launay.** ***Résultats thérapeutiques des interventions chirurgicales sur le phrénique dans la tuberculose et les suppurations broncho-pulmonaires*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. IX, n° 1, 1934). — La phrénicectomie et l'alcoolisation du nerf phrénique, que l'on a adoptée dans certaines conditions particulières, peuvent déclencher quelques accidents immédiats ou précoces :

La mort subite sur la table d'opération par asphyxie due au reflux brusque du pus dans l'autre poumon dans les grosses suppurations broncho-pulmonaires; l'infection broncho - pneumonique, homo ou controlatérale aussitôt après l'intervention ou dans les jours qui suivent, relevant d'un mécanisme analogue; les poussées évolutives homolatérales ou controlatérales dans la tuberculose pulmonaire; l'hémoptysie immédiate ou rapide, déclenchée vraisemblablement par l'influence qu'exerce l'exérèse du phrénique sur la circulation pulmonaire, fréquente surtout dans la tuberculose, possible dans les suppurations broncho-pulmonaires; le pyo-pneumothorax putride ou non, dû à la rupture d'adhérences pleurales, redoutable complication qui peut s'observer aussi

bien dans la tuberculose que dans les suppurations bronchiques et pulmonaires.

Pour apprécier les résultats thérapeutiques de ces interventions, il faut un certain recul; mais il est difficile de suivre longtemps les mêmes sujets. Un petit nombre d'observations suivies avec méthode et précision sont plus significatives qu'une statistique plus considérable, mais impersonnelle.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Galtier. ***L'hypertension dans ses rapports avec certaines algies*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LV, n° 5, Février 1934). — Certains facteurs étiologiques des névralgies ont simplement la valeur de causes occasionnelles ou secondes. Le plus souvent, le substratum anatomo-pathologique des algies nous est inconnu. G. a trouvé assez fréquemment les névralgies associées à l'hypertension artérielle avec ou sans signes de scléroses artérielles locales et l'amélioration des phénomènes douloureux et des troubles fonctionnels corrélatifs par l'association bromo-iodurée.

Ce sont les troubles douloureux de l'épaule et du bras, les lumbagos faussement étiquetés rhumatismaux et les algies crurales se présentant sous forme de symptômes purement subjectifs, qui s'accompagnent le plus souvent d'hypertension artérielle.

Les douleurs siègent dans la région motrice de la vie de relation; les régions les plus fréquemment atteintes sont celles dont l'activité musculaire est plus grande ou plus constante : les membres inférieurs et la région lombaire dans la plupart des cas. Le côté gauche serait plus souvent atteint que le droit. Les douleurs sont diffuses, s'exagèrent par les mouvements, se calment par le repos et la chaleur. La douleur provoquée paraît plus vive en certains points qui ne coïncident pas avec les lieux d'émergence des troncs nerveux ou avec leur trajet. Elle ne s'irradie pas, et la sensation douloureuse n'est pas rapportée au territoire sensitif des nerfs de la région. Le massage progressif fait disparaître le phénomène douloureux. Il n'existe pas de modification de la réflectivité musculaire ou tendineuse ni de la sensibilité cutanée.

L'hypertension porte surtout sur la tension diastolique. Elle s'accompagne communément de céphalée au réveil, de bouffées de chaleur après les repas avec somnolence, de sensations vertigineuses. Parfois il existe de l'oto-sclérose avec bourdonnements et une légère diminution de l'acuité visuelle.

L'action à peu près constante et parfois rapide du traitement ioduré vient à l'appui de l'hypothèse pathogénique proposée : l'hypertension avec troubles circulatoires périphériques ou locaux, cause des algies. L'hypertension ralentit la circulation, diminue les échanges, s'oppose à une élimination rapide des toxines et explique ainsi l'accroissement des algies avec les efforts et leur disparition par le repos.

Robert Clément.

J. Sabrazès, G. Colbert, F. Le Chuiton et **G. Gineste.** ***Tuberculose pulmonaire ouverte et lymphogranulomatose maligne*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LV, n° 10, 11 Mars 1934). — Un cultivateur de 21 ans présenta une adénopathie cervicale et trachéo-bronchique que la biopsie montra de nature lymphogranulomateuse maligne. A la période d'état de la lymphogranulomatose, des bacilles tuberculeux apparurent dans les crachats mais c'est la lymphogranulomatose qui, par ses localisations médiastinales progressives, entraîna la mort laissant à l'arrière-plan la tuberculose pulmonaire.

Chez un tuberculeux pulmonaire avéré, suivi depuis 12 ans, on assista au développement progressif d'une lymphogranulomatose maligne atypique dans sa localisation et dans son évolution cantonnée dans le territoire ganglionnaire de l'aisselle et du cou. Au fur et à mesure que se développa la lymphogranulomatose, la tuberculose pulmonaire s'améliora.

L'association de tuberculose et de lymphogranulomatose maligne soulève des problèmes intéressants.

Robert Clément.

MARSEILLE MÉDICAL

Y. Poursines (Nancy) et **M. Recordier** (Marseille). ***Accidents nerveux post-sérothérapiques. Conceptions pathogéniques*** (*Marseille Médical*, t. LXXI, n° 4, 5 Février 1934). — Les accidents nerveux post-sérothérapiques se présentent cliniquement comme des névrites, soit localisées au plexus brachial et amyotrophique, soit à type polynévritique et à forme sensitive pure, sensitivo-motrice ou à type paréto-ataxique. Dans quelques cas, les accidents nerveux peuvent être rattachés au moins partiellement à l'altération du système nerveux central, l'hypothèse d'une cause toxique paraît devoir être abandonnée. Il faut intégrer ces accidents dans la maladie sérique et les considérer comme la localisation nerveuse du processus lésionnel propre aux accidents sériques. Les phénomènes nerveux peuvent en effet coïncider avec les manifestations cutanées ou viscérales ou bien constituer une forme spéciale par la localisation prédominante sinon exclusive sur le système nerveux.

Chez un jeune homme soumis à la sérothérapie pour un tétanos, se déclara au cours de la convalescence une maladie sérique à localisation nerveuse prédominante qui aboutit à la mort par syncope. L'autopsie montra au niveau du système nerveux une vaso-dilatation intéressant électivement les petites artères et les capillaires, avec œdème, hémorragies aux abords des vaisseaux, et parfois début de désintégration nécrotique. Il n'y avait pas d'exsudats cellulaires diapédétiques ni d'hyperplasie de la névroglie protoplasmique. Le processus avait son siège électif dans les zones limites de la substance blanche et de la substance grise ainsi que sous les régions sous-pie-mériennes de la moelle, mais il n'épargnait pas les espaces arachnoïdiens ni les racines.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE (Marseille)

Ch. Mattei, J. Grégorj, A. Blacas et **F. Fraisse** (Marseille). ***Action thérapeutique des extraits hépatiques par voie hypodermique dans les délires aigus toxi-infectieux*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. III, n° 1). — Parmi 50 observations, 6 sont rapportées ici concernant des états délirants associés à un syndrome d'insuffisance hépatique. Il s'agissait en général d'un délire confus avec hallucinations diverses, délire d'action presque toujours menaçant. La torpeur était toujours de courte durée. Les symptômes hépatiques consistaient en hépatomégalie modérée, le plus souvent subictère avec épistaxis, hémorragies cutanées et viscérales. L'atteinte hépatique et le déséquilibre mental qui lui fait cortège étaient en général causés par un état infectieux sévère, infection d'origine alimentaire, fièvre typhoïde, pneumonie, ou étaient apparus au cours d'une intoxication exogène (l'alcoolisme existait dans les antécédents de 50 pour 100 de ces malades) ou endogène comme celle de l'insuffisance hépato-rénale grave de certains artério-scléreux urémiques ou non.

Les malades, maintenus au repos complet et isolés, étaient soumis à la diète hydrique avec boisson sucrée, médication évacuante légère et tonicardiaque. Ils recevaient chaque jour, par voie hypodermique, une assez forte dose d'extrait hépatique total. Lorsque les injections furent pratiquées au cours des premières 24 heures du délire, la sédation de l'agitation et de l'hallucination a paru en 24 ou 36 heures. Plus l'opothérapie fut tardive, plus lente a été la rémission. Dans tous les cas favorables, 2 à 6 jours d'opothérapie ont suffi à faire disparaître le délire.

Les insuccès se rapportent à des cas graves d'insuffisance hépato-rénale qui eurent pour la plupart une terminaison fâcheuse.

L'apparition du délire au cours de certaines infections ou intoxications doit faire songer à l'insuffisance hépatique. La mise en œuvre précoce de l'opothérapie hépatique à fortes doses sera une thérapeutique inoffensive et souvent efficace.

Robert Clément.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Tübingen)

Schürch. ***Le traitement de l'ostéomyélite au moyen de larves de mouches*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CVIII, n° 6, Décembre 1933). — Après avoir rappelé les travaux de Baër dans le traitement de l'ostéomyélite chronique au moyen de larves de mouche, l'auteur publie les 3 cas suivants :

I. Jeune fille de 22 ans; début de l'affection depuis 6 semaines par des douleurs au niveau de la cuisse gauche; mauvais état général; température à 38°. L'examen radiographique montre qu'il s'agit d'une ostéomyélite du grand trochanter sans présence de séquestre.

Intervention : on aborde le trochanter après avoir incisé un abcès et on trépane l'os; dans le pus on reconnaît la présence de staphylocoque doré. Dans le traitement post-opératoire on utilise à cinq reprises différentes des larves de mouche, pendant 5 semaines. Guérison sans fistule.

II. Jeune fille de 12 ans qui présente une ostéite post-traumatique du cou-de-pied droit avec plaie articulaire de la tibio-tarsienne. Après 18 mois d'immobilisation plâtrée, il persiste des fistules dont le point de départ est l'articulation et la malléole péronière. Au bout de 3 semaines de traitement par les larves la guérison fut obtenue.

III. Le dernier cas enfin concerne une jeune fille de 18 ans qui présentait avec une vieille ostéomyélite un abcès de la région sacro-iliaque gauche, une fistule et présence de staphylocoques dans le pus. Après incision de l'abcès, on traite les lésions par des extraits de larves en injections quotidiennes par le trajet fistuleux. Amélioration très notable.

J. Sénèque.

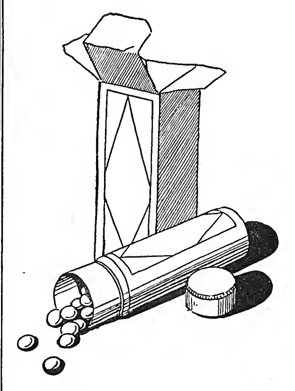
Gerlach. ***La diminution des récidives cutanées, après les amputations du sein pour cancer, avec l'aide du bistouri électrique*** (*Bruns' Beiträge für klinischen Chirurgie*, t. CVIII, n° 6, Décembre 1933). — Depuis 1930, on a utilisé, à la clinique de Königsberg, le bistouri électrique dans les exérèses du sein pour cancer. La peau et les muscles sont sectionnés au bistouri électrique, tandis que le curage ganglionnaire au voisinage des gros vaisseaux est pratiqué avec l'aide du bistouri ordinaire; les petits vaisseaux sont coagulés sur pince, les vaisseaux importants liés au catgut.

La première synergie médicamenteuse qui soit un régulateur complet des dystonies neuro-végétatives

(Et non pas seulement un sédatif du Sympathique)

SYMPATHYL
CHANTEREAU

Réalisé d'après les travaux les plus récents de Sympathologie et d'Endocrinologie, agit à la fois sur le sympathique et le para-sympathique qu'il ramène à leur tonus normal, quel que soit le système en état d'hyperexcitation.



Formule (pour un comprimé) :

Extrait spécial de crataegus (action sur le sympathique)	0,06
Phénylméthylmalonylurée (action sur le vague)	0,01
Hexaméthylène tétramine (active les fonctions antitoxiques)	0,06
Extrait de boldo (active les fonctions antitoxiques)	0,005
Peptone polyvalente (anti-choc)	0,03

Indications :

ÉMOTIVITÉ, ANXIÉTÉ, PHOBIES, ÉRÉTHISME CARDIAQUE, ANGOR, SPASMES, CORYZA SPASMODIQUE, TROUBLES ENDOCRINIENS, SYNDROMES SOLAIRES.

Mode d'emploi :

Trois à huit comprimés par jour, de préférence avant les repas.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX :

LABORATOIRES CHANTEREAU, 26 bis, rue Dombasle, PARIS (XVe)

La plupart des cas ont cicatrisé par première intention; dans quelques cas on a observé des désunions cutanées légères qui ont cicatrisé très rapidement; dans un cas seulement, 8 jours après une biopsie, il y a eu infection de la plaie et désunion des sutures.

Sur 166 cas, il s'agissait 165 fois de sujets féminins, et une fois seulement on a observé un cancer chez l'homme; l'intervention radicale n'a pu être pratiquée dans ce cas et le malade a été emporté au 21e mois par le développement d'une lymphangite cancéreuse.

Sur les 166 cas, 138 seulement ont pu être opérés dont 71 avec le bistouri ordinaire, 67 avec le bistouri électrique. Dans le premier groupe, on trouve 18 récidives cutanées et 9 seulement dans le second. Il semble donc bien que la section de la peau et des muscles avec l'aide du bistouri électrique soit à recommander puisqu'elle diminue de moitié les risques de récidive cutanée.

J. Sénèque.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Ping Ting Huang. ***Un cas d'actinomycose cutanée superficielle, dyshidrosiforme, de la paume des mains et de la plante des pieds*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 48, 2 Décembre 1933). — H. a observé à la clinique d'Ota une Japonaise de 32 ans, atteinte de dyshidrose vésiculeuse des mains et des pieds, avec érosions interdigitales. L'aspect était l'aspect classique de la dyshidrose tricophytique et on fut très étonné de trouver, après ensemencement, une culture d'un actinomyces.

Ce champignon aérobie, facilement cultivable, de coloration blanche, formant des spores, avec mycélium assez épais, très ramifié, est voisin de l'*Actinomyces bovis*; il offre également une analogie avec l'*Actinomyces keratolyticus* d'Acton et Mc Guire; il s'en différencie par l'absence de pigment rouge ou noir.

Cette forme clinique rare d'actinomycose cutanée se rapproche d'autres actinomycoses décrites dans les pays tropicaux : *Keratoma plantare sulcatum* de Castellani et *Keratolysis plantaris sulcata* d'Acton et Mc Guire, mais ne leur est pas semblable. H. propose de l'appeler *Actinomycose dyshidrosiforme.*

R. Burnier.

Zoon. ***Myxœdème circonscrit tubéreux plan symétrique des jambes dans un cas de maladie de Basedow*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 48, 2 Décembre 1933). — Une femme de 47 ans, présentant tous les signes d'une maladie de Basedow, vit apparaître sur la face externe des deux jambes un placard circonscrit, grand comme une paume de main, de forme ovalaire, recouvert de squames blanches adhérentes, fixées le plus souvent à un orifice folliculaire. Les bords sont violacés; les poils font défaut, les orifices glandulaires sont normaux.

La pression ne provoque aucun godet.

Le diagnostic de myxœdème circonscrit fut confirmé par la biopsie qui montra la présence de mucine dans la coupe.

Une quinzaine de cas ont été publiés dans la littérature de cette association morbide rare, dont la pathogénie est encore obscure.

Carol pense qu'il s'agit d'un hypofonctionnement local de la peau sous l'influence du froid chez des sujets dont la fonction thyroïdienne est troublée. Z. a essayé de réchauffer la peau malade par des applications de lumière artificielle, sans aucun résultat.

Richter parle d'hypothyréose locale.

R. Burnier.

Scherber. ***Le traitement de certains érythèmes polymorphes par le salvarsan et la transfusion sanguine*** (*Dermatologische Wochenscrift*, t. XCVIII, n° 6, 10 Février 1934). — On a rapporté dans la littérature quelques cas d'érythèmes polymorphes graves, traités avec succès par le salvarsan; d'autre part, la transfusion sanguine a donné de bons résultats dans diverses formes de purpura.

S. songea à associer ces deux formes de traitement dans un cas grave d'érythème polymorphe qu'il observa chez un homme de 25 ans. Les plaques disséminées sur le tronc, très abondantes, grandes comme une lentille ou une pièce d'un sou, étaient d'un rouge sombre, parfois hémorragiques; certains éléments étaient papuleux, d'autres pustuleux, parfois purpuriques et nécrotiques. Tous les deux jours existaient des poussées avec violentes douleurs articulaires et fièvre élevée (39-40°); le visage et les muqueuses étaient respectés; l'asthénie du malade était considérable et l'amaigrissement notable.

On essaya sans succès divers médicaments : tablettes de spirocide, 3 injections de novarsénobenzol, quinine, salicylate de soude, électrargol, plasmoquine, germanine. Le 15 Juillet une transfusion de 300 cmc de sang amena une amélioration progressive et le malade put reprendre son travail le 5 Août. Mais le 9 Août, une récidive apparut avec fièvre, mais sans arthropathies. Nouvelle transfusion de 500 cmc le 11 Août; en même temps le malade reçut 4 injections de solusalvarsan (en tout 1 gr. 20). Le malade sortit guéri le 1er Septembre. Nouvelle récidive le 27 Septembre; le malade reçut seulement 5 injections de solusalvarsan qui amenèrent la disparition des lésions.

Dans ce cas grave d'érythème polymorphe, la tuberculose ne paraît pas en cause. La recherche des bacilles de Koch dans les crachats et le sang fut négative.

R. Burnier.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE
(Leipzig)

A. Mayer (Tubingen). ***Les causes hormonales de l'avortement habituel*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. LVII, n° 43, 28 Octobre 1933). —

1° Rôle du corps jaune sur la transformation de l'endomètre en caduque, sur la nutrition de l'œuf fraîchement implanté.

De même que l'ablation d'un corps jaune au début d'une grossesse entraîne l'avortement, son mauvais fonctionnement expliquerait les avortements précoces. Aussi certains auteurs préconisent la lutéine comme médication apte à lutter contre la tendance aux avortements chez certaines femmes. Le corps jaune sécréterait une hormone inhibant les contractions utérines susceptibles de chasser le corps étranger qu'est le fœtus.

2° Rôle de l'utérus :

Il est en réalité plus mécanique qu'hormonal. La cavité de l'utérus infantile ne permet pas le développement normal du produit de conception, d'où l'avortement.

M. a traité ces cas par l'injection du sérum de femmes enceintes normales, sans succès, contrairement à l'avis de Sellheim. Il est acquis que la folliculine augmente le nombre des cellules musculaires et la lutéine, leur volume.

3° Rôle de l'œuf lui-même et du placenta :

Œuf féminin ayant une vitalité diminuée qui nuirait à la nidation : ceci expliquerait la grande fréquence des avortements chez les femmes arrivant à la fin de l'époque où elles sont fécondables. Cette différence dans la vitalité des œufs fécondés serait la raison des différences considérables de volume présentées par deux enfants d'une même mère. Le rôle fonctionnel du placenta n'y serait pas étranger. De Snoo en administrant des extraits de placenta à des femmes avortant habituellement a obtenu des enfants à terme.

4° Rôle du sperme, qui participe naturellement à la valeur de l'œuf fécondé :

Ce serait le spermatozoïde qui conditionnerait la détermination du sexe.

5° Rôle de la glande thyroïde :

Il paraît nul sur l'avortement (sauf chez les basedowiennes), mais il agit sur le développement du fœtus intra-utérin : diminution de la taille des nouveau-nés dans les pays à goitre ; diminution ou augmentation du temps de la gestation en injectant de la thyroïde ou en enlevant la glande.

L'hypo et le dysthyroïdisme expliqueraient la mort du fœtus d'où l'habitude de prescrire de l'iode chez les femmes qui ont coutume d'avorter.

Desmarest.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

J. M. Obarrio, E. Bowling et **E. A. Pedace.** ***Syndrome de la ligne médiane cérébelleuse*** (*La Semana Medica*, t. XLI, n° 1, 4 Janvier 1934). — Revue générale très complète, avec bibliographie, de la physio-pathologie de la ligne médiane cérébelleuse, à propos de 24 observations originales rapportées.

Les auteurs rappellent l'histoire embryologique du cervelet. Le cervelet médian règle, chez l'homme, le tonus et les synergies de la musculature axiale, commande l'attitude, la marche, etc...

Ils choisissent comme type de description les tumeurs de la ligne médiane chez l'enfant. Début habituel par des vomissements, des troubles de la vision et de l'attention, constatés à l'école. Bientôt le crâne augmente de volume, la marche devient incertaine, la tête affecte une position vicieuse, penchée de côté. Hypotonie généralisée. Attaques d'hypertonie du type cérébelleux, déterminant un spasme du tronc et des membres en hyper-extension. Œdème et hémorragies papillaires.

Chez l'adulte, le syndrome est moins net. Troubles cardiaques fréquents. Il faut recourir à la radiographie pour mettre l'hydrocéphalie en évidence.

Les types histologiques le plus souvent rencontrés sont les médullo-blastomes et les astrocytomes; moins fréquents sont les épendymomes, les papillomes, les hémangioblastomes, les coléastomes.

Cushing a fixé la technique opératoire applicable à ces tumeurs : anesthésie locale, incision en arbalète, craniectomie large, ponction du vermis, exérèse de la tumeur et des foyers secondaires. Complication la plus redoutable : l'hyperthermie centrale, qu'on traitera par des antipyrétiques, des irrigations rectales froides. Le pronostic des médulloblastomes est plus sévère que celui des astrocytomes.

G. d'Heucqueville.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA
(Madrid)

Banuelos Garcia. ***Valeur thérapeutique du rythme dans les troubles fonctionnels de la vie végétative*** (*Los Progresos de la Clinica*, t. XLII, n° 1, Janvier 1934). — Nombre de processus biologiques fonctionnent sur un mode rythmique : la circulation, la respiration, le sommeil et la veille. Ces processus traduisent des variations périodiques des équilibres chimiques. L'émotion psychique bouleverse les rythmes végétatifs.

L'auteur expose les différentes lois auxquelles doivent obéir les actions qui s'exercent sur les mécanismes rythmiques. Ils se comportent comme des réflexes conditionnels du type de Pawlow.

Il passe en revue les rythmes des principaux appareils, rythmes digestifs, circulatoires, sécrétoires et décrit leurs troubles. La notion d'arythmie doit être étendue des troubles cardiaques aux troubles des autres fonctions, par exemple aux instabilités métaboliques et neuro-végétatives.

Pour rétablir un rythme physiologique déréglé, il faut soumettre la fonction perturbée à une rééducation systématique, imposer une discipline hygiénique, un régime, adaptés à chaque sujet; recourir seulement à titre accessoire aux agents pharmacodynamiques.

G. d'Heucqueville.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

D. L. Sexton. ***Traitement de l'insuffisance de développement génital des adolescents du sexe masculin par l'hormone de type antéhypophysaire de l'urine des femmes enceintes*** (*Endocrinology*, t. XVIII, n° 1, Janvier 1934). — Chez 13 garçons de 10 à 21 ans présentant une insuffisance de développement des organes génitaux de divers degrés, S. a fait des injections intramusculaires d'hormone du type antéhypophysaire qui se rencontre dans l'urine des femmes enceintes (antuitrine). Chez 11 des sujets, on constata une augmentation des dimensions des organes génitaux et l'apparition des caractères sexuels secondaires. Ces 11 patients étaient obèses, alors que les 2 qui ne réagirent pas au traitement étaient maigres. Il existait de la cryptorchidie chez 6 des 13 sujets traités; chez 4 d'entre eux les testicules descendirent dans le scrotum à la suite des injections. Chez un jeune homme de 18 ans le testicule droit avait la taille d'un pépin d'orange et était haut situé dans le canal inguinal tandis que le gauche n'était pas perçu. Après des injections quotidiennes de 300 unités poursuivies pendant 4 mois on pouvait sentir les deux testicules dans les bourses. Au bout d'une nouvelle période de traitement identique les testicules avaient la taille d'une noisette et les poils pubiens faisaient leur apparition. Un autre garçon dont les testicules n'étaient représentés que par un simple épaississement local perçu dans le canal inguinal commença à recevoir à l'âge de 15 ans et 9 mois des injections de 300 unités cinq fois par semaine. Au bout de 6 mois les testicules étaient de la grosseur d'une petite noisette et se trouvaient juste en dehors du scrotum. Les poils pubiens et axillaires qui faisaient défaut jusque-là avaient fait leur apparition.

La dose et la durée du traitement furent proportionnées au degré d'insuffisance de développement et à l'âge du sujet, les résultats les plus favorables s'observant dans la première partie de l'adolescence.

P.-L. Marie.

H. J. John. ***Recherches sur la tolérance au glycose chez l'enfant et les adolescents*** (*Endocrinology*, t. XVIII, n° 1, Janvier 1934). — J. a fait l'épreuve de la tolérance au glycose (la dose donnée était de 1 gr. 75 par kilogr.) chez 192 enfants; chez 82 pour 100 d'entre eux il a obtenu des courbes de glycémie normales, ce qui contraste avec le chiffre de 62 pour 100 noté chez les adultes. Se basant sur plus d'un millier d'épreuves, il constata la rareté des courbes du type diabétique avant 40 ans; passé cet âge, l'augmentation a lieu assez brusquement, le maximum étant atteint à partir de 70 ans.

Il n'y a pas de différence appréciable entre la glycémie normale à jeun chez les enfants et celle des adultes jeunes; les taux varient entre 60 et 120 milligr. pour 100, la majorité étant cependant comprise entre 70 et 110 pour 100.

Parmi les enfants examinés, il y en eut 25 qui présentèrent une courbe de type diabétique de 4 à 30 jours après des infections graves. Celles-ci sont donc capables d'abaisser passagèrement la tolérance au glycose et elles peuvent jouer un rôle important dans la production du diabète permanent chez l'enfant.

Parmi 52 enfants qui présentaient de la glycosurie, 33 avaient une courbe du type diabétique. On retrouve une proportion voisine chez les adultes glycosuriques.

Parmi 17 enfants ayant de l'hyperthyroïdie, 3 seulement avaient une courbe de type diabétique, ce qui contraste avec les 63 pour 100 de courbes du même type trouvées chez les hyperthyroïdiens adultes.

Sur 14 enfants obèses, seuls 2 présentent une diminution de la tolérance hydrocarbonée alors que les courbes de type diabétique s'observent chez 65 pour 100 des adultes obèses.

Contrairement à l'opinion de divers auteurs il faut attacher de l'importance à la diminution de la tolérance hydrocarbonée chez l'enfant; cette diminution peut évidemment relever de facteurs divers, mais on doit continuer à suivre les enfants présentant cette anomalie afin de reconnaître sa véritable signification.

P.-L. Marie.

IL POLICLINICO [Sezione medica]
(Rome)

P. Foltz. ***Pneumopathie artério-sclérotique; l'artério-sclérose primitive, isolée du poumon*** (*Il Policlinico* [*Sez. medica*], t. XL, n° 10, Octobre 1933). — Cliniquement, le syndrome des cardiaques noirs décrit par Ayerza se manifeste par la cyanose, la polyglobulie, l'hypertrophie du cœur droit et des douleurs thoraciques ; son substratum anatomique est à rechercher dans des lésions vasculaires de la petite circulation, diverses par leur aspect, leur étiologie et leur pathogénie, qu'on peut diviser en trois groupes :

a) L'artériosclérose du poumon ; elle comprend les cas d'artériosclérose secondaire à des lésions cardiaques ou pleuro-pulmonaires ; les lésions artérielles sont les mêmes que celles de la véritable artériosclérose primitive, isolée ou idiopathique; de nombreux facteurs entrent en jeu : hypertensifs, toxi-infectieux, constitutionnels.

b) Les artérites syphilitiques : elles sont très rares et on n'en connaît que quelques cas.

c) La pneumopathie artériosclérotique essentielle : elle correspond à ce qu'on a décrit comme artériosclérose primitive, isolée ou idiopathique du poumon ; en réalité, comme F. l'a constaté dans une observation, base de cet article, et dans les cas déjà connus, la lésion artérielle est bien distincte de l'artériosclérose vraie ; c'est une hyperplasie de type connectif de l'intima et de l'adventice, avec sclérose oblitérante des artérioles intra-parenchymateuses ; l'étiologie est obscure ; il y a probablement un élément constitutionnel auquel se surajoute un facteur toxique exo ou endogène ; cette affection constitue une entité nosologique distincte.

Lucien Rouquès.

Gastone et Gino Meldolesi. ***Etude clinique et radiologique du dessin pulmonaire (vasculaire) à l'état normal et pathologique*** (*Il Policlinico* [*Sez. medica*], t. XL, n° 11, 1er Novembre 1933). — M. et M. ont étudié le dessin pulmonaire du réseau vasculaire d'une part, chez des malades complètement examinés (étude des gaz du sang, du déficit artériel en oxygène et de son utilisation périphérique, de la chlorémie et de l'hydrémie artério-veineuse, de la réserve alcaline et de la pression veineuse) et d'autre part sur des lobes pulmonaires dont les veines ou les artères étaient injectés. Les altérations des parois vasculaires ne modifient pas beaucoup l'image radiologique, sauf si elles sont importantes (calcification surtout) ; la dilatation des vaisseaux a beaucoup d'influence, tandis que les caractères du sang en ont peu ; des différences de un ou deux millions d'hématies par millimètre cube ne sont pas radiologiquement appréciables ; le sang artériel donne la même image que le sang veineux ; la position verticale inversée modifie nettement l'aspect du réseau vasculaire du poumon.

L'accentuation du dessin artériel s'observe chez les cardiaques, les hypertendus, les asthmatiques, les malades atteints d'anémie pernicieuse, les basedowiens, les emphysémateux, en rapport avec la déficience fonctionnelle du ventricule droit et les variations de la fonction compensatrice des organes de dépôt de la masse sanguine, surtout dans les territoires sous-cutanés et musculaires ; il existe un syndrome artériel pulmonaire caractéristique de l'asthme cardiaque, de l'œdème aigu et de la crise d'asthme bronchique.

Le syndrome veineux pulmonaire (accentuation du réseau veineux) s'observe dans les décompensations circulatoires par insuffisance du ventricule gauche ; on peut le constater avec une localisation en foyers dans les compressions d'une ou de plusieurs veines pulmonaires et, beaucoup plus souvent, dans la pléthore veineuse périphérique relative.

Le dessin aréolaire pathologique caractérise l'insuffisance de l'hématose et le déficit artériel en oxygène (cardiaques compensés ou non, bronchites chroniques, anémie pernicieuse, maladie de Basedow, paludisme grave).

Le voile uniforme des champs pulmonaires peut accompagner tous les syndromes précédents et spécialement le syndrome veineux ; il peut être isolé dans les décompensations circulatoires des anuriques et des cas de rétention chlorurée tissulaire ; il ne s'observe jamais en dehors des décompensations circulatoires.

Dans les hémoptysies des cardiaques et des purpuriques, le syndrome radiologique le plus commun est l'aspect miliaire de Maragliano.

Les modifications de l'image de la veine azygos s'observent dans les cas où la pression veineuse est modifiée par une cause centrale ; aucune variation n'est constatée lorsque l'hypertension veineuse a son origine dans un trouble de la circulation périphérique. Dans l'insuffisance tricuspidienne, l'azygos est extrêmement agrandie et animée de pulsations. Au cours de l'accès palustre, il existe des variations fugaces de l'image de l'azygos qui sont parallèles à celles de la pression veineuse.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Rome)

M. Messini et D. Scalabrino. ***Le métabolisme hydro-salin dans l'organisme sain et malade sous l'influence des eaux chlorurées sodiques*** (*La Clinica Medica Italiana*, t. LXIV, n° 9, Septembre 1933). — M. et S. ont étudié chez 30 sujets les variations du chlorure de sodium du sang et des urines et celles de la dilution du sang (appréciée par des numérations successives des globules rouges), après absorption de trois quarts de litre ou d'un litre d'eaux minérales de Montecatini, eaux complexes mais avant tout chlorurées sodiques de concentrations diverses.

Après prise d'eau de source (sans chlorure de sodium), on note dans la première demi-heure une légère dilution du sang suivie d'une variation en sens inverse qui est plus prolongée; après prise d'eau chlorurée sodique hypotonique peu concentrée, on observe une dilution du sang avec légère augmentation relative des chlorures; la diurèse est plus abondante qu'avec la première eau.

Après prise d'eau peu concentrée et légèrement hypertonique, on note une dilution légère du sang et une augmentation absolue des chlorures; l'action diurétique est faible; après prise d'eau moyennement concentrée et légèrement hypertonique, la dilution du sang est plus forte qu'avec l'eau précédente et s'accompagne d'une légère hyperchlorurémie surtout absolue; l'action diurétique est faible.

Après prise d'eau concentrée très hypertonique, on note une tendance à la concentration du sang, avec augmentation surtout relative des chlorures; la diurèse est très faible.

On voit donc que l'augmentation absolue des chlorures du sang s'observe surtout avec les eaux de concentration moyenne; mais même après une cure prolongée, il n'y a pas de modification permanente du taux des chlorures. Toutefois, l'existence de l'augmentation temporaire contre-indique l'usage de ces eaux (sources Regina et Tettuchio) chez les hyperchlorhydriques et les malades atteints de néphrite hyperchlorurémique.

Lucien Rouquès.

RIVISTA OSPEDALIERA
(Rome)

D. Ceccarelli. ***Recherches sur la rapidité du courant sanguin dans les cardiopathies*** (*Rivista Ospedaliera*, t. XXIII, n° 8, Août 1933). — C. a déterminé la vitesse du courant sanguin avec une méthode dérivée de celle de Kahler; il injecte dans une veine du pli du coude chez le sujet couché, en 3 secondes, 1 cmc d'une solution de chlorure de calcium à 50 pour 100 et mesure le temps qui s'écoule jusqu'à l'apparition d'une sensation de chaleur au niveau de la langue et de la tête. Normalement, ce temps est en moyenne de 15''8 avec des variations entre 12'' et 20''. Chez les cardiaques compensés sans troubles du rythme, le temps est en général légèrement augmenté (19''7 en moyenne, avec des écarts de 13'' à 29''). Chez les cardiaques compensés avec fibrillation, la prolongation est plus nette (23''7 en moyenne), sans rapport avec la fréquence du rythme. Chez les cardiaques décompensés, le temps est encore plus allongé (37''6 chez ceux qui n'ont pas de troubles du rythme, 43''4 chez les autres); en général, les ralentissements les plus accentués s'observent chez les malades dont la décompensation cardiaque est la plus grave, mais l'importance du ralentissement n'a pas de valeur pronostique précise.

La digestion et surtout l'effort produisent chez les cardiaques compensés comme chez les sujets normaux une diminution du temps de circulation, tandis qu'ils l'augmentent chez les cardiaques décompensés; il est possible que la détermination du temps de circulation avant et après l'effort puisse servir de test fonctionnel. Le temps de circulation diminue ou augmente parallèlement à l'amélioration ou à l'aggravation de la décompensation cardiaque.

Lucien Rouquès.

F. Rocchi. ***Recherches sur la nature du phénomène d'extinction de Schultz-Charlton dans la scarlatine*** (*Rivista ospedaliera*, t. XXIII, n° 10, Octobre 1933). — Böttner, pensant que l'extinction de l'exanthème scarlatineux par le sérum de convalescent n'est pas le résultat d'une neutralisation de toxine mais l'effet d'une action d'une substance X sur les vaso-moteurs périphériques, a pratiqué chez des scarlatins des injections intradermiques de gluconate de calcium, l'action du calcium sur l'innervation vasculaire étant bien connue; il aurait observé dans 85 pour 100 des cas une extinction spécifique pour la scarlatine, différant du phénomène de Schultz-Charlton qualitativement, mais non quantitativement.

Les recherches de R. lui ont montré que l'extinction calcique n'était pas constante et n'avait aucune parenté avec l'extinction sérique. Il a expérimenté également 38 substances variées (modificatrices vasculaires, photodynamiques, radioactives, oxydantes, d'action cryptotoxique, ferments); il n'a jamais observé d'extinction véritable, mais seulement une zone de pâleur sans caractère spécifique autour du foyer d'irritation.

La réaction de Schultze-Charlton doit être interprétée uniquement comme un phénomène immuno-biologique.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

E. Samek. ***Occlusion de la veine cave inférieure*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XIII, n° 2, Septembre 1933). — Dans ce mémoire basé sur 6 observations personnelles, S. passe en revue l'étiologie, la symptomatologie et la physio-pathologie de l'occlusion de la veine cave inférieure; il insiste principalement sur son retentissement cardiaque. A la période d'installation, l'insuffisance relative du cœur dépend probablement de la surcharge sanguine des membres inférieurs qui entraîne la diminution de la masse de sang qui lui parvient; lorsque l'occlusion est haute ou s'est installée rapidement, lorsque le cœur ne peut pas réagir, le myocarde fléchit peu à peu et les cavités cardiaques se dilatent. Dans les cas favorables, au contraire, le cœur est capable d'augmenter la pression périphérique et une circulation de suppléance s'établit; en pratique, la compensation est rarement complète et les malades restent en général, toute leur vie, des diminués au point de vue circulatoire; le cœur doit fournir, pour maintenir l'équilibre, un travail plus grand que normalement et à l'occasion de fatigues, d'une infection, il peut se produire, même chez des sujets ayant depuis longtemps une circulation collatérale bien développée, des phénomènes d'insuffisance cardiaque qui se traduisent par un œdème dont la localisation est la même que dans la phase initiale. On peut observer d'ailleurs des signes indiscutables d'hypertrophie cardiaque portant surtout sur le ventricule gauche; il est probable qu'elle ne doit pas être rare après une évolution suffisante et on ne la recherche pas assez. On peut également observer par comparaison des pressions artérielles au niveau des bras et des jambes, des hypertensions régionales; il s'agit sans doute d'un mécanisme supplémentaire de compensation, la musculature des artères des membres inférieurs renforçant l'onde sanguine provenant du cœur.

Lucien Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

W. Melocchi. ***Contribution à l'étude du traitement de l'ulcère gastro-duodénal par le benzoate de soude*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. LIV, n° 48, 26 Novembre 1933). — Bazzano ayant remarqué que le benzoate de soude diminuait *in vitro* le pouvoir protéolytique du suc gastrique l'a essayé dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal, sous forme d'une série de 30 à 35 injections intraveineuses quotidiennes de 2 cmc d'une solution à 25 pour 100. En dehors de son pouvoir d'inhibition des phénomènes d'auto-digestion de la muqueuse gastrique, de son action sur l'acidose qu'il tend à remplacer par l'alcalose, il agit peut-être aussi d'après M. comme antiseptique, comme analgésique et comme antispasmodique. De toute façon, ce traitement paraît donner des résultats intéressants : sur 17 cas, M. compte 8 guérisons (disparition des signes cliniques et radiologiques), 4 améliorations persistant après plusieurs mois (disparition des douleurs, mais persistance d'une niche de dimensions réduites), 4 améliorations temporaires (disparition des signes cliniques et radiologiques, mais rechute au bout de 2 à 4 mois) et un échec complet. L'action sur les douleurs est particulièrement rapide. Cette thérapeutique doit être associée à la cure classique de repos et au régime habituel.

Lucien Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

N. Lolli. ***Sur l'anémie hémolytique avec hémoglobinurie et hémosidérinurie type Marchiafava*** (*La Riforma medica*, t. XLIX, n° 35, 2 Septembre 1933). — L'observation de L., la seizième connue, est celle d'une jeune fille de 20 ans, ayant présenté à plusieurs reprises depuis 3 ans, parfois à l'occasion d'une fatigue ou d'un refroidissement, parfois sans cause, des crises brusques avec vomissements, douleurs abdominales diffuses, ictère et coloration rouge des urines, sans céphalée ni fièvre et d'une durée de quelques jours. Examinée à l'occasion d'une nouvelle crise, elle est pâle et subictérique; le foie et la rate sont hypertrophiés, les ganglions normaux. Les urines ont une couleur rouge sombre, avec 0 gr. 40 d'albumine par litre; pas de pigments biliaires, présence d'urobiline, réaction de Van Deen positive; le culot est formé de cellules rénales, de cylindres granuleux couleur rouille, de nombreux leucocytes altérés et de débris granuleux rouge sombre donnant ainsi que les cylindres, avec l'acide chlorhydrique et le ferro-cyanure de potassium, la coloration bleu sombre caractéristique de l'hémosidérine; pas de globules rouges. Les selles sont hypercolorées et la réaction de Van Deen y est négative. L'examen de sang montre 2.800.000 hématies, 55 pour 100 d'hémoglobine et 4.200 leucocytes; quelques micro-hématies, hématies granulo-filamenteuses très rares; mononucléose; résistance globulaire diminuée; pas d'auto, d'iso ou d'hétéro-lysines; réaction de Van den Bergh directe, négative, indirecte très positive; l'immersion des pieds dans l'eau froide ne provoque pas d'hémoglobinurie.

Peu à peu la crise s'atténue; mais au bout de 2 mois, la malade est revue avec une anémie et un subictère léger et à nouveau des urines rouges; à d'autres examens, les urines sont de couleur normale, mais la réaction de l'hémosidérine y est positive. La malade meurt de broncho-pneumonie grippale, avec un ictère très intense et des urines couleur rouge sang. Pas d'autopsie.

Dans leurs grandes lignes, toutes les observations se ressemblent; l'alternance des phases d'hémoglobinurie isolée ou prédominante avec les phases d'hémosidérinurie isolée ou prédominante va de pair avec l'intensité des crises de déglobulisation; aux processus les plus hémolysants correspond l'hémoglubinurie, aux processus plus atténués, d'évolution chronique, l'hémosidérinurie.

Il est impossible actuellement d'apporter des données précises sur le rôle du rein dans la transformation du pigment hématique en hémosidérine; mais ce rôle paraît possible d'après quelques autopsies et les recherches modernes sur les fonctions internes du rein.

Lucien Rouquès.

F. Negro. ***Les extraits du lobe postérieur d'hypophyse dans la cure de la polyarthrite chronique primitive ankylosante*** (*La Riforma medica*, t. XLIX, n° 36, 9 Septembre 1933). —

Ayant montré que le liquide céphalo-rachidien a une influence sur le trophisme des tissus, N. a traité par des injections parentérales de liquide céphalo-rachidien de cheval une jeune femme présentant une cachexie se rapprochant de la cachexie hypophysaire et une polyarthrite chronique primitive ankylosante; son état général s'est rapidement amélioré et, fait curieux, les douleurs ont nettement diminué et les articulations ankylosées sont devenues plus souples. N. a pensé que la polyarthrite avait été influencée par les hormones du liquide injecté; la présence d'hormone hypophysaire postérieure dans le liquide est rendue probable par beaucoup de faits: action de ce liquide sur la polyurie du diabète insipide, action sur l'utérus isolé du cobaye, action sur la pression artérielle, etc... N. a alors traité d'autres cas de polyarthrite chronique ankylosante par l'administration prolongée d'extraits secs de lobe postérieur à haute dose, avec de bons résultats : disparition des douleurs après une phase de recrudescence, diminution de la contracture et des déformations articulaires; certains malades, en minorité, n'ont pas été améliorés.

Il y a donc des rapports entre l'hypophyse et le système ostéo-articulaire; on peut admettre à titre d'hypothèse que les cas de polyarthrite chronique primitive ankylosante améliorés par la thérapeutique hypophysaire sont liés à une insuffisance du lobe postérieur de l'hypophyse et que ceux qui résistent à ce traitement relèvent de lésions du cerveau intermédiaire. Il reste à rechercher si la lésion de l'hypophyse et des centres nerveux qui règlent le trophisme ostéo-articulaire est la seule ou l'une des causes du syndrome articulaire étudié.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Magliano. ***Contribution à l'étude des causes et du mécanisme de production de l'emphysème sous-cutané*** (*La Riforma medica*, t. XLIX, n° 36, 9 Septembre 1933). — M. rapporte l'observation d'un homme de 24 ans, présentant une tuberculose pulmonaire ancienne, à évolution torpide vers la sclérose, et des accès d'asthme, qui, au cours d'une laryngo-trachéite aiguë, présenta à l'occasion de violents efforts de toux un emphysème sous-cutané occupant la région pré-sternale, les creux sus et sous-claviculaires, les faces latérales du cou et remontant jusqu'aux zygomas, avec une nette prédominance à droite; l'évolution a été favorable. Aucun signe de pneumothorax n'a été observé, ce qui rend encore plus rare l'observation, mais il est presque certain qu'il y a eu un emphysème médiastinal temporaire. Il ne s'agit donc pas d'emphysème médiastinal de Rénon par rupture du poumon et de la plèvre au niveau d'une adhérence en rapport avec la paroi; il est très peu probable d'après l'histoire clinique qu'il s'agisse de rupture de la bronche avant sa pénétration dans le poumon ou de pénétration de l'air dans le tissu péribronchique endo-pulmonaire avec fusée le long de la trachée (éventualité exceptionnelle chez l'adulte). S'agit-il de perforation pleuro-pulmonaire au niveau d'une adhérence sur la face médiastinale du poumon ou de rupture de bulles d'emphysème sous-pleurales dans le tissu cellulaire sous-pleural, avec progression de l'air jusqu'au hile et passage dans le médiastin à ce niveau? Il semble que la dernière hypothèse est la plus plausible, car le passage de l'air dans le médiastin n'a pas été perçu par le malade; la perforation pleuropulmonaire directement dans le médiastin donne en effet un emphysème médiastinal plus brusque que la rupture de bulles d'emphysème sous-pleurales.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Culotta. ***Cirrhose de Morgagni-Laennec et infection tuberculeuse : contribution anatomique*** (*La Riforma medica*, t. XLIX, n° 50, 16 Décembre 1933). — Après avoir rappelé les divers arguments cliniques et expérimentaux des auteurs qui font jouer à la tuberculose un rôle étiologique dans la cirrhose de Laennec, C. expose les résultats d'une statistique de 1.000 autopsies faites à l'Institut d'anatomie pathologique de Palerme; 243 cas de tuberculose (24,3 pour 100) ont été observés et seulement 10 (1 pour 100) de cirrhose; des 10 autopsies de cirrhose, une seule a montré un petit foyer complètement calcifié à la base d'un poumon, les autres malades n'ayant aucun foyer tuberculeux guéri ou en activité. On peut donc conclure que la tuberculose n'a aucune action favorisante sur le développement de la cirrhose de Laennec.

LUCIEN ROUQUÈS.

O. Mascheroni. ***Considérations sur le traitement « glucose-insuline » dans les cardiopathies décompensées*** (*La Riforma medica*, t. XLIX, n° 51, 23 Décembre 1933). — M. a étudié chez 12 cardiaques décompensés l'action du traitement par le glucose et l'insuline: pendant 5 jours, prise le matin à jeun de 50 gr. de glucose et un quart d'heure après, injection de 5 unités d'insuline, puis si l'état du malade le demande, 100 gr. de glucose et 10 unités d'insuline pendant 5 jours. Presque tous les malades ont éprouvé une amélioration subjective : sensation de bien-être, diminution de l'angoisse, respiration plus libre; la diurèse a augmenté, les œdèmes et l'hépatomégalie ont régressé; mais ni le pouls, ni la pression artérielle n'ont été influencés, ces résultats ont été très transitoires et peu après ou dès la fin du traitement, les malades sont revenus à leur état antérieur.

Le traitement par le glucose et l'insuline ne peut en aucune façon être substitué aux toniques cardiaques classiques, mais il ne paraît pas sans intérêt de donner aux cardiaques une alimentation riche en glucose.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Molfino. ***Recherches sur la glyco-régulation dans les ulcères gastro-duodénaux*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 1, 6 Janvier 1934). — Dans 10 cas d'ulcère du duodénum, la glycémie a varié de 1 gr. 35 à 0,60, avec une certaine prédominance des valeurs basses; l'épreuve d'hyperglycémie provoquée a donné 3 fois une courbe normale, 2 fois une courbe aplatie, 3 fois une courbe avec une élévation et une descente anormalement rapides et 2 fois une courbe plus haute que normalement et prolongée.

Dans 7 cas d'ulcère gastrique, la glycémie a été normale 6 fois et une fois au-dessus de la normale; la courbe d'hyperglycémie a été 5 fois normale, une fois aplatie et une fois avec une élévation et une descente rapides.

Il est donc fréquent de trouver chez les malades atteints d'ulcère digestif et surtout d'ulcère duodénal des troubles de la glycorégulation; ils ne dépendent pas seulement des lésions associées du pancréas et du foie, mais aussi du dysfonctionnement de l'appareil glycorégulateur neuro-hormonal habituel chez les malades; Pende admet en effet que l'ulcère digestif est une chimionévrose avec troubles endocriniens et neuro-végétatifs.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. de Flora. ***Influence du cortex surrénal sur le métabolisme de l'acide lactique*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 4, 27 Janvier 1934). — Dans 2 cas de maladie d'Addison et 2 cas d'insuffisance surrénale à prédominance corticale (l'un avec sclérodermie, l'autre vérifié à l'autopsie), F. a trouvé des chiffres d'acide lactique sanguin diminués (2 cas) ou dans les limites normales inférieures (2 cas); l'épreuve de charge par injection intraveineuse de 20 cmc d'une solution à 50 pour 100 de lactate de soude a montré que l'acide lactique s'élevait fortement dans le sang à la suite de l'injection et que l'augmentation persistait après une demi-heure, donc beaucoup plus que normalement; dans un cas, après injection intraveineuse préalable d'extrait cortico-surrénal, l'épreuve de charge a donné une élévation bien moins accusée et beaucoup plus courte du taux de l'acide lactique.

D'après ces résultats et ceux d'épreuves de charge chez le lapin, avec ou sans injection d'extrait cortico-surrénal, avec ou sans hépatectomie subtotale, F. conclut que les surrénales ont un rôle notable dans le métabolisme des glucides et du plus important de leurs produits de désintégration, l'acide lactique; la médullo-surrénale préside à la série des processus qui aboutissent à une augmentation de la production d'acide lactique par hydrolyse du glycogène; la cortico-surrénale règle les processus qui, soit par une resynthèse hépatique, soit par une combustion musculaire, permettent la destruction de l'acide lactique en excès; l'extrait cortico-surrénal fait brûler l'acide lactique au niveau des muscles et en fait faire la resynthèse au niveau du foie.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Bottoli. ***Contribution à l'étude des rapports entre la spondylose rhizomélique et l'infection gonococcique*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 4, 27 Janvier 1934). — Après avoir discuté les diverses théories étiologiques de la spondylose rhizomélique, arthritique, traumatique, syphilitique, tuberculeuse et gonococcique et montré que seules les deux dernières paraissent pouvoir être prises en considération, B. rapporte une observation qui montre bien la nature blennorragique de certains cas. Un sujet de 31 ans est atteint d'une spondylose typique dont les premiers signes se sont manifestés deux ans après une blennorragie mal soignée et devenue chronique, contractée à l'âge de 18 ans; d'autres manifestations de rhumatisme gonococcique ont été observées chez le malade : rhumatisme des petites articulations, talalgie, arthrite aiguë du genou; à noter que le malade a eu de 10 à 13 ans des tuméfactions un peu douloureuses des articulations des membres inférieurs, sans fièvre et sans impotence marquée, n'ayant pas laissé de séquelles, dont la nature exacte paraît difficile à fixer, mais dont le rôle étiologique semble nul.

LUCIEN ROUQUÈS.

B. Brunelli. ***Le rapport des acides gras non saturés aux acides gras saturés; méthode de détermination, signification et valeur diagnostique*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 6, 10 Février 1934). — B. décrit une méthode rapide de détermination du rapport des acides gras non saturés aux acides gras saturés dans le sang ou les tissus, basée sur le fait que les savons de plomb des acides non saturés sont solubles dans l'éther tandis que ceux des acides saturés ne le sont pas; dans les deux fractions, après séparation, on fait le dosage par la méthode de Bang (bichromate de potassium et iodométrie); on n'a pas besoin dans ce procédé de doser d'abord les diverses fractions lipoïdiques ni de tenir compte de la provenance des divers acides gras.

Des dosages des acides gras dans le foie de lapins normaux et de lapins en état d'acidose expérimentale confirment que le foie a un pouvoir de désaturation, c'est-à-dire qu'il transforme les acides saturés en acides non saturés. Cette fonction du foie semble pouvoir être utilisée en clinique comme test d'insuffisance hépatique; chez les sujets normaux, après absorption de beurre et dosages en série, on observe une augmentation légère mais nette des acides gras totaux du sang et une augmentation importante des acides non saturés tandis que les acides saturés ne varient pas; le rapport augmente donc notablement. Dans 2 cas de cirrhose de Laennec, au contraire, B. a noté une augmentation légère des acides totaux, une augmentation constante et appréciable des acides sa-

turés et une tendance à la diminution des acides non saturés; le rapport est inférieur à l'unité, donc inversé. LUCIEN ROUQUÈS.

S. Fichera et G. Lanza. ***Propriétés hypoglycémiantes des hormones circulatoires*** (*La Riforma medica*, t. L, nº 7, 17 Février 1934). — F. et L. ont étudié les variations de la glycémie sous l'influence d'extraits organiques doués d'une action circulatoire : hormone circulatoire de Frey et Kaut (extrait pancréatique distinct de l'angioxyl et de la vagotonine), extraits de muscles squelettiques. Les extraits ont chez les sujets normaux et surtout chez les diabétiques une action hypoglycémiante nette et constante dont l'intensité dépend de la sensibilité individuelle, du produit utilisé, de la dose et de la voie d'introduction; on peut donc les utiliser dans les formes légères de diabète, principalement lorsqu'il y a des troubles cardio-vasculaires associés (angine de poitrine, troubles circulatoires, hypertension); mais leur action n'est jamais comparable à celle de l'insuline qu'ils ne peuvent remplacer et, même à doses fortes et prolongées, ils ne ramènent généralement pas à la normale le métabolisme hydro-carboné.

L'hormone de Frey et Kaut garde son action hypoglycémiante après administration de 50 gr. de glucose ou d'un demi-milligramme d'adrénaline; des extraits musculaires, les uns atténuent l'hyperglycémie alimentaire et empêchent l'hyperglycémie adrénalinique, les autres sont sans action sur l'une comme sur l'autre; ni l'hormone de Frey et Kaut, ni les extraits musculaires n'ont d'action glycolytique *in vitro* et leur action hypoglycémiante persiste sans changements notables après blocage vagal par l'atropine ou paralysie du sympathique par l'ergotamine. Leur action ne dépend pas seulement d'une inhibition de la glycogénolyse hépatique, comme l'insuline, ils doivent agir au niveau des tissus en favorisant la fixation et la combustion du glucose circulant.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL MORGAGNI

(Naples)

A. Tarsitano. ***L'hypertension veineuse solitaire*** (*Il Morgagni*, t. LXXV, nº 35, 27 Août 1933). — Sur 100 sujets en apparence sains, de 30 à 50 ans, T. en a trouvé 10 dont la pression veineuse était au-dessus de la normale (de 18 à 28 cm. d'eau); ces sujets avaient une pression artérielle (maxima, minima et moyenne) normale; on ne trouvait aucun signe d'insuffisance ventriculaire droite, de compression de la veine cave, d'hypertension de la petite circulation, de syndrome médiastinal, d'angiohypotonie constitutionnelle; il ne s'agissait pas non plus d'hypertension veineuse constitutionnelle (type Pende) ou endocrinienne; l'hypertension veineuse était le seul signe pathologique et T. propose de l'appeler solitaire, par analogie avec l'hypertension moyenne solitaire.

Il est possible que l'hypertension veineuse solitaire soit la conséquence d'une surproduction ou d'une destruction insuffisante de substances cataboliques troublant l'équilibre acido-basique humoral. Toujours à titre d'hypothèse, T. se demande si l'hypertension veineuse solitaire n'est pas un anneau de passage entre la constitution et les varices essentielles et si, étant permanente, elle ne peut pas être la cause déterminante d'un état d'insuffisance cardio-vasculaire.

LUCIEN ROUQUÈS.

M. Proto. ***L'action des rayons X dans les inflammations par germes pyogènes (recherches expérimentales)*** [*Il Morgagni*, t. LXXV, nº 37, 10 Septembre 1933]. — Pour mettre en évidence l'éventuelle efficacité des rayons X sur les inflammations suppuratives aiguës, P. a étudié les modifications histologiques des tissus superficiels de cobayes, inoculés avec un staphylocoque doré virulent pour l'homme, et soumis avant et après l'inoculation à des irradiations de doses variées. L'action des rayons X est indiscutable et l'évolution est raccourcie; les rayons paraissent agir à la fois sur le foyer et sur l'état général, en diminuant le nombre des germes, en inhibant leur développement, en entravant leur diffusion, et surtout en activant la formation des éléments phagocytaires d'origine locale ou sanguine; on doit aussi insister sur l'effet des rayons sur les processus de réparation. LUCIEN ROUQUÈS.

G. Casolo. ***L'épreuve du rose bengale dans les maladies du foie (recherches expérimentales)*** [*Il Morgagni*, t. LXXV, nº 39, 24 Septembre 1933]. — C. a fait des épreuves de rose bengale dans 38 cas d'affections hépatiques; il juge utile d'apprécier le degré de rétention avec un colorimètre de Dubosq et de tenir compte de la masse sanguine déterminée par le rouge Congo. Dans 11 cas sur 13 d'hépatites chroniques scléreuses, la fonction chromagogue était troublée (6 taux de rétention moyens, 3 élevés, 2 très élevés); les autres malades étaient atteints d'hépatites au cours de cholécystites, d'hépatites au cours d'angiocholites aiguës ou chroniques ou de foie cardiaque; dans l'ensemble, l'épreuve du rose bengale est quasi constamment positive chez les malades qui présentent des signes cliniques indiscutables de lésion hépatique; mais elle n'a qu'une faible valeur pronostique, car il n'y a pas toujours de parallélisme entre le taux de la rétention du rose et le degré de l'altération hépatique; cette discordance vient peut-être de l'hyperfonctionnement compensateur de certaines parties de l'organe. Cette réserve à part, C. confirme la bonne qualité de cette épreuve fonctionnelle.

LUCIEN ROUQUÈS.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA

(Naples)

S. Romano. ***Considérations sur la röntgenthérapie hypophysaire dans le traitement du diabète sucré*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. XIV, nº 19, 15 Octobre 1933). — La radiothérapie hypophysaire doit toujours être essayée dans les cas de diabète sucré avec signes cliniques et radiologiques de lésion hypophysaire, où elle est susceptible de donner de bons résultats. L'hypophyse pouvant inhiber l'activité des îlots de Langerhans ou entraver l'action hypoglycémiante de l'insuline, Boschi, puis Vespignani ont proposé de traiter par la radiothérapie hypophysaire les diabètes sucrés, même sans signes d'atteinte de l'hypophyse. Il semble que cette méthode, d'après 4 cas étudiés par R., ne donne que rarement des résultats favorables; d'autre part, on peut se demander si la radiothérapie n'est pas susceptible de troubler les autres fonctions de l'hypophyse ou celles des centres voisins. Chez un malade de 27 ans, atteint d'un diabète sucré très amélioré par la radiothérapie (glycosurie passée de 70 gr. par litre à l'état de traces, glycémie réduite de 3 gr. 17 à 2 gr. 21), R. a vu au bout d'un an le syndrome diabétique reparaître, mais avec une polyurie insolite et résistant au traitement insulinique.

LUCIEN ROUQUÈS.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA

(Parme)

G. Domini et A. Soldi. ***Variations hématiques cliniques et expérimentales au cours du traitement atropino-ergotaminique et adrénalino-ergotaminique. Action de l'ergotamine sur quelques aspects de la formule hématologique de l'homme et des animaux*** (*Giornale di clinica medica*, t. XIV, nº 14, 10 Octobre 1933). — D. et S. ont étudié les variations du nombre des globules rouges et des globules blancs et celles de la formule leucocytaire sous l'influence du tartrate d'ergotamine chez des hommes ayant reçu des injections d'atropine ou d'adrénaline et chez des lapins et des cobayes ayant reçu des injections d'adrénaline. Il résulte de leurs recherches que, d'après son action sur le sang, le tartrate d'ergotamine ne doit pas être considéré comme un excitant sympathicotrope négatif ni comme un excitant vagotrope positif, ainsi qu'on l'a soutenu, mais comme une susbtance amphotrope et plus précisément comme une substance simultanément excitante sympathicotrope positive et négative et excitante vagotrope positive.

L'action du tartrate d'ergotamine sur la formule sanguine ne peut donc pas servir à des recherches de pharmacodynamie sur le tonus végétatif, à l'inverse de ses effets sur la glycémie, le suc gastrique et certains phénomènes circulatoires.

LUCIEN ROUQUÈS.

J. Daniel. ***Rôle du foie dans le maintien de la pression artérielle et dans ses variations. Essai d'un traitement pathogénique de l'hypertension artérielle*** (*Giornale di clinica medica*, t. XIV, nº 14, 10 Octobre 1933). — Il paraît certain que le foie joue un rôle dans la régulation de la pression artérielle et, avec Gheorghiu, D. a montré que chez le chien, injectée par voie veineuse ou artérielle, la bile produisait toujours une chute notable et persistante de la pression artérielle. Il a traité 17 malades atteints d'hypertension artérielle sans lésions rénales apparentes, par l'ingestion pendant 10 jours consécutifs de 1,5 à 3 gr. de bile de bœuf épurée et desséchée; ce traitement est bien supporté : l'effet laxatif est minime, et si les malades se plaignent de brûlures il suffit de leur donner du bicarbonate de soude ou une eau alcaline. Chez 10 malades, il a enregistré un abaissement durable et prononcé de la pression allant de 40 à 60 mm; chez 5, l'abaissement a été moindre, mais d'assez bons résultats ont été obtenus au point de vue subjectif; dans deux cas, les effets ont été nuls.

Le mécanisme de l'action de la bile est mal connu : on peut supposer qu'elle agit comme produit de substitution ou comme régulatrice d'une dysfonction hépatique.

LUCIEN ROUQUÈS.

A. Geremia. ***Réflexe de Pagano-Herring et pression artérielle*** (*Giornale di clinica medica*, t. XIV, nº 15, 30 Octobre 1933). — G. a étudié avec un oscillomètre enregistreur les variations des pressions maxima, minima et moyenne et de l'indice oscillométrique, au cours du réflexe de Pagano-Herring produit par la compression des sinus carotidiens. Chez les hypertendus, on observe une bradycardie et une hypotension maxima presque constantes; quand le réflexe est positif, il est très rapide et apparaît après 2 ou 3 battements cardiaques; les variations de la pression minima sont irrégulières et sans rapport avec celles de la maxima; la pression moyenne, sans être constamment fixe, est plus stable que les pressions extrêmes; l'indice oscillométrique diminue dans la grande majorité des cas. Chez les sujets jeunes, à pression normale, le réflexe est négatif dans la plupart des cas ou faiblement positif; des trois pressions, la moyenne est la plus fixe : dans 75 pour 100 des cas, elle ne varie pas et, dans les autres, elle ne présente que des variations minimes; l'indice oscillométrique ne se modifie pas ou à un faible degré.

LUCIEN ROUQUÈS.

MINERVA MEDICA
(Turin)

L. Gedda et **F. Preve.** ***La recherche des bacilles de Koch par prélèvement laryngé et sa valeur séméiologique*** (*Minerva Medica*, XXIVᵉ année, t. II, n° 36, 8 Septembre 1933). — G. et P. ont recherché chez 200 tuberculeux pulmonaires les bacilles de Koch dans les sécrétions laryngées recueillies sous contrôle du miroir avec une curette laryngée fenêtrée; aucune anesthésie n'est nécessaire et l'opération est facile et inoffensive; cette méthode est précieuse pour les malades externes qui ne peuvent pas toujours apporter de crachats et dans les cas médico-légaux. Sur les 200 recherches, 110 ont donné un résultat positif; parmi ces 110 malades, 26 n'avaient jamais présenté de bacilles dans les crachats ou ne crachaient pas et la recherche des bacilles dans le larynx a permis d'en déceler chez 36 pour 100 des malades considérés comme non bacillifères. Sur les 90 malades pour qui la recherche a été négative au niveau du larynx, 46 n'avaient jamais présenté de bacilles dans les crachats, 23 en avaient présenté autrefois mais n'en présentaient plus, 19, enfin, à mettre au passif de la méthode, avaient une expectoration bacillifère le jour même où le prélèvement laryngé a été négatif.

Dans les formes de tuberculose nodulaire productive de l'apex, où les crachats manquent souvent et contiennent rarement des bacilles, le prélèvement laryngé donne beaucoup plus de résultats positifs; dans les formes infiltratives à type de lobite, les prélèvements laryngés sont positifs dans les deux tiers des cas; dans les formes ulcéreuses, ils sont positifs dans la grande majorité des cas.

Lucien Rouquès.

F. Marcolongo. ***La guanidine dans la physiopathologie et la clinique des néphropathies*** (*Minerva Medica*, XXIVᵉ année, t. II, n° 41, 13 Octobre 1933). — Les méthodes de dosage de la guanidine dans le sang et les urines sont d'une exactitude relative et les résultats doivent être interprétés avec prudence. Dans les glomérulo-néphrites aiguës, subaiguës ou chroniques, il y a une augmentation constante du taux de la guanidine dans le sang; dans les stades avancés des glomérulo-néphrites chroniques, l'augmentation est presque toujours importante (jusqu'à 1 ou 2 milligr. pour 100 au lieu de 0,7 pour 100, chiffre normal d'après Marcolongo et Bernabo); mais dans la plupart des cas il n'y a pas de parallélisme entre le taux de la guanidine sanguine et l'importance de la lésion fonctionnelle du rein et, parfois, l'élévation de la guanidine reste minime ; chez un même malade longtemps suivi, l'élévation de la guanidine peut ne pas aller de pair avec la progression de la lésion, ni avec les perturbations des autres métabolismes, en particulier avec la rétention de l'urée. Des conclusions très voisines peuvent être admises sur le comportement de la guanidine sanguine dans les scléroses rénales. Il n'y a pas de rapport obligé entre les taux de la guanidine et des corps créatiniques. Dans les néphrites aiguës, la guanidine sanguine augmente, mais l'augmentation peut persister même après guérison clinique complète. Le rôle de l'élévation de la guanidine dans la symptomatologie de l'urémie n'a en sa faveur que de simples analogies, sans aucune donnée clinique, expérimentale ou anatomique certaine.

Dans l'hypertension artérielle liée à des lésions rénales, il y a toujours une augmentation plus ou moins marquée et souvent isolée de la guanidine du sang ; elle manque dans les autres variétés d'hypertension. Expérimentalement le rôle hypertenseur de la guanidine est certain ; en clinique, il est plus douteux, car il n'y a pas de parallélisme entre l'élévation de la guanidine et l'hypertension, car la tension peut être normale chez des malades atteints de néphrite aiguë ou chronique, dont la guanidine est fortement augmentée.

Lucien Rouquès.

G. Ferro-Luzzi. ***Les hyperazotémies : pathogénie, classification*** (*Minerva Medica*, XXIVᵉ année, t. II, n° 43, 27 Octobre 1933). — S'inspirant des idées de Rehberg sur la filtration glomerulaire et la résorption tubulaire, F. L. a établi une formule qui permet de calculer la teneur en urée du liquide résorbé ou, en d'autres termes, d'évaluer l'obstacle que la paroi des tubes oppose à la diffusion rétrograde de l'urée et de toutes les autres substances sans seuil. Il y a deux types pathogéniques d'hyperazotémie rénale (F. L. appelle hyperazotémies toutes les azotémies au-dessus de la normale, même non excessives et inférieures à un gramme) : 1° la rétention des substances azotées par diminution de la filtration glomérulaire (hyperazotémie de rétention), 2° la diminution de l'obstacle mis par les parois tubulaires à la diffusion rétrograde de l'urée (hyperazotémie de diffusion ou de résorption) ; on conçoit donc qu'on puisse trouver à l'autopsie des lésions uniquement tubulaires. Les hyperazotémies de diffusion sont toujours associées à une maladie extra-rénale ou à un état grave d'involution sénile (syphilis ancienne, tuberculose pulmonaire avancée, infection aiguë, intoxication, ictère grave, etc...) ; la symptomatologie est celle de l'affection principale et l'hyperazotémie est muette ; les urines sont normales ou augmentées, l'albuminurie et la cylindrurie constantes, la créatininurie normale, l'urée urinaire toujours diminuée, l'azotémie est aux environs de 1 gr. 50 ; l'évolution et le pronostic sont ceux de l'affection principale, non modifiés par l'azotémie.

On peut classer comme suit les azotémies : 1° *hyperazotémies de nature extra-rénale:* a) alimentaires, b) par augmentation du métabolisme endogène des protéines (maladies infectieuses ? trouble hépatique ? etc.).

2° *hyperazotémies de rétention (glomérulaires):* a) par diminution de la surface de filtration (néphrites, scléroses rénales, affections chirurgicales, etc...) ; b) par cause extrarénale : trouble circulatoire (rein de stase), altération de la crase sanguine (diarrhée profuse, ascite, etc...).

3° *hyperazotémies de résorption (tubulaires) :* a) formes pures (involution sénile, stades agoniques, processus toxi-infectieux, etc...) ; b) formes pseudo-glomérulaires (états toxi-infectieux graves).

4° *Formes mixtes, glomérulaires et tubulaires :* glomérulo-néphrites aiguës et subaiguës.

Lucien Rouquès.

G. Usseglio et **G. Ceresa.** ***Acide urique et diathèse arthritique*** (*Minerva Medica*, XXIVᵉ année, t. II, n° 44, 3 Novembre 1933). — U. et C. ont étudié chez un certain nombre d'arthritiques (asthmatiques, hypertendus, eczémateux, ischialgiques) le métabolisme des purines : uricémie et uricurie, avant et après épreuve de charge à l'acide urique (injection intraveineuse de 0 gr. 50 d'acide urique). Ils estiment qu'on ne peut établir de relation pathogénique entre les diverses affections arthritiques et le métabolisme des purines, car ce métabolisme y est, à l'inverse de ce qui se passe dans la goutte, le plus souvent normal. Toutefois, comme le trouble du métabolisme purique n'explique pas à lui seul l'accès aigu de goutte, on peut, à titre de pure hypothèse, invoquer une certaine analogie entre les manifestations articulaires de la goutte et les maladies du groupe de l'arthritisme, dans le sens d'une hypersensibilité spécifique commune à d'éventuelles excitations de nature exo ou endogène.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

G. Dominici et **G. Marengo.** ***Etudes sur la bilirubinémie : la bilirubinémie des premiers jours de la vie et la pathogénie de l'ictère bénin des nouveau-nés*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. LVII, n° 10, Octobre 1933). — Chez le nouveau-né, la teneur en bilirubine du sang du cordon et du sang d'une piqûre du talon est légèrement augmentée : 0,9 à 1,2 milligr. pour 100, soit environ le double de celle du sang de la mère et des adultes normaux ; on est donc loin des chiffres donnés par Yllpö (7 à 15 fois la normale) ; la teneur est sensiblement la même dans le sang de l'artère et de la veine ombilicales ; dans son passage à travers les villosités choriales, le sang fœtal ne se charge donc pas en pigment et n'en perd pas ou, tout au moins, s'il y a perte et gain, ils se compensent. La bilirubine du sang donne une réaction indirecte rapide analogue à celle de la bilirubine existant normalement dans le sang de l'adulte.

Chez le nouveau-né, la bilirubine du sang prélevé par piqûre du talon augmente peu à peu jusqu'à atteindre, vers le 2ᵉ ou le 3ᵉ jour de la vie, un taux de 10 à 12 milligr. pour 100, puis elle diminue, étant environ à 1 milligr. vers le 12ᵉ jour. Ces variations de la bilirubinémie sont les mêmes, que les enfants présentent ou non un ictère ; il est donc juste de parler à ce point de vue d'un ictère cutané et d'un ictère sanguin. Qualitativement, cette biliburine ne donne pas la réaction directe et la réaction indirecte se présente sous un type particulier (retard d'apparition de la coloration rouge violacée) ; les variations qualitatives de la réaction diazoïque évoluent parallèlement à ses variations quantitatives. Cette modalité spéciale de la réaction indirecte a été observée aussi par D. et M. chez un enfant atteint d'ictère hémolytique congénital à forme intermittente.

La négativité de la réaction directe, l'absence de pigments biliaires dans l'urine permettent d'éliminer toutes les hypothèses qui attribuent l'hyperbilirubinémie post-natale à un facteur mécanique. Deux éléments doivent être pris en considération dans la pathogénie de l'ictère manifeste ou latent des nouveau-nés : à la destruction excessive de sang liée probablement au phénomène même de la naissance s'ajoutent, d'une part, la présence dans la circulation d'une bilirubine particulière par son élaboration défectueuse et, d'autre part, l'incapacité du foie à éliminer des quantités importantes de pigment et son aptitude encore imparfaite à transformer les pigments qui lui parviennent.

Lucien Rouquès.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE (Paris)

F. Dévé. ***Formes anatomo-pathologiques intermédiaires et formes de passage entre l'échinococcose hydatique et l'échinococcose alvéolaire (bavaro tyrolienne chez l'homme)*** [*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. X, n° 9, Décembre 1933]. — Le problème de la nature de l'échinococcose alvéolaire, *bavaro tyrolienne*, est toujours irrésolu. Tandis que certains hydatidologues sont convaincus de l'unicité des échinococcoses, qui ne différeraient dans leurs lésions humaines que par « des variations parasitaires », d'autres au contraire restent persuadés de la dualité des échinococcoses. D. remarque que, en faveur de l'unicité, les arguments se sont multipliés: la localisation géographique de l'échinococcose alvéolaire est devenue diffuse, les épreuves de laboratoire se sont montrées non spécifiques, les lésions anatomo-pathologiques, qui paraissaient si nettement distinguer les deux maladies hydatique et alvéolaire, présentent des aspects intermédiaires, des formes de passage.

C'est à ces transitions que le présent mémoire est consacré par l'analyse de trois observations déjà connues, mais dont D. a pu refaire l'étude sur les pièces. Le cas d'Orth-Schmieta est une échinococcose de la rate, le cas Weichselbaum-Kolisko-Posselt est une échinococcose du cœur, le cas Harold Dew est une échinococcose du foie. On suit par la très claire description de D. et sur de bonnes figures les relations entre le kyste hydatique et l'échinococcose alvéolaire multiloculaire. Ces relations sont tellement étroites par leur voisinage et tellement ménagées par des lésions de passage entre les aspects les plus typiques de l'une et l'autre forme, qu'il faut bien conclure avec D., qu'en attendant la preuve cruciale que donnera sans doute l'expérimentation, l'unicité des échinococcoses paraît, dès maintenant, probable.

P. Moulonguet.

Riopelle (Montréal). ***Un nouveau cas d'asthme mortel avec autopsie*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. X, n° 9, Décembre 1933). — L'anatomie pathologique de l'asthme est pauvrement fournie de renseignements puisqu'il est exceptionnel que la crise d'asthme soit mortelle et que les complications graves qui peuvent entraîner la mort, emphysème, asystolie, modifient singulièrement l'état anatomique des organes. Il n'y aurait dans la littérature qu'une vingtaine d'observations anatomo-cliniques authentiques d'asthme vrai.

Celle-ci a été recueillie à Montréal et étudiée au laboratoire de Pierre Masson. Il s'agit d'une femme de 59 ans. La crise d'asthme était très grave, mais bien nette, tant par elle-même que par ses antécédents; la mort est survenue au bout de 4 jours. L'autopsie a été pratiquée 3 heures après la mort: elle montre des poumons turgescents et rénitents, dont les bronches sont obturées par des amas de mucus. Les coupes histologiques ne montrent rien d'anormal au niveau du parenchyme pulmonaire qu'un emphysème aigu et des flaques de mucus; ce sont les altérations bronchiques qui sont les plus importantes: l'épithélium de revêtement est en pleine sécrétion muqueuse et la lumière des canaux bronchiques de tout calibre est encombrée par des bouchons muqueux où se trouvent des leucocytes éosinophiles nombreux et des spirales de Curschmann, aspect feuilleté et enroulé du mucus. Il n'y a aucune image d'inflammation. Les crachats asthmatiques sont donc une biopsie fidèle de ces altérations.

D'une revue de la littérature, R. conclut que son observation s'apparente étroitement à celle de Lemierre et ses élèves, seul cas français d'autopsie d'asthme. Cherchant quels sont les tests anatomiques de la crise d'asthme, il retient en première ligne l'éosinophilie locale, qui se retrouve dans tous les cas typiques. En seconde ligne, l'hypersécrétion du mucus est essentielle, c'est elle qui explique l'encombrement de l'arbre bronchique et la dyspnée. Quant à la participation des muscles de Reissessen, notamment à leur hypertrophie, R. rapporte différentes opinions, mais ne conclut pas et d'ailleurs n'a pas constaté dans son cas d'anomalie de la musculature bronchique.

Cette étude anatomique est en faveur d'une cause vasomotrice et sécrétoire de la crise d'asthme.

P. Moulonguet.

LE SANG (Paris)

Ch. Vlados et E. Bondarenko. ***Etiologie et pathogénie de l'anémie de Biermer*** (*Le Sang*, t. VIII, n° 4, 1934). — Très important mémoire, où sont discutés les différents problèmes se rapportant à l'anémie de Biermer, tout spécialement au point de vue étiologique et pathogénique, et quant à la valeur de certains symptômes cardinaux. V. et B. ont, eux-mêmes, étudié très complètement 132 biermeriens au point de vue hématologique et clinique avec enquête étiologique approfondie. Ils insistent sur la triple atteinte: de l'appareil sanguiformateur (réaction normo-mégaloblastique), de l'appareil digestif (importance de l'achylie, de la glossite de Hunter) et du système nerveux (celle-ci peut précéder de longtemps les phénomènes anémiques).

De multiples facteurs divers peuvent déclancher l'anémie pernicieuse type Biermer, mais toujours sur un terrain prédisposé; l'élément constitutionnel joue certainement un grand rôle. Peut-être consiste-t-il en des troubles dégénératifs de l'appareil digestif. A ce sujet, V. et B. donnent les résultats de leurs recherches, qui semblent bien montrer que la maladie de Biermer est une affection familiale. On peut retrouver chez d'autres membres de la même famille, soit l'anémie elle-même, soit des symptômes frustes, mais certains sous une apparence de santé normale. L'action toxique serait peut-être due à des produits dérivés des albumines, qui passeraient dans le sang à la faveur de lésions gastro-intestinales. La thérapeutique n'est pas spécifique. La plus favorable paraît être l'organothérapie (foie ou estomac) mais associée à la transfusion sanguine. Notons les résultats obtenus chez quelques malades avec le sérum antitoxique *perfringens*, injecté par voie parentérale.

A. Escalier.

H. Du Bois. ***Trois cas d'anémies hyperchromiques graves non biermériennes chez l'adulte*** (*Le Sang*, t. VIII, n° 4, 1934). — Avant de poser le diagnostic de maladie de Biermer, il faut toujours penser qu'il existe des anémies hyperchromiques non biermeriennes, où la biopsie médullaire ne montre jamais de réaction mégaloblastique. Elles se rencontrent au cours d'affections gastro-intestinales (dans ces cas, l'achylie gastrique après épreuve histaminique n'est pas constante), au cours d'affections hépatiques ou pancréatiques (cirrhoses) ou rénales (urémie) ou encore dans certaines anémies hémolytiques aiguës fébriles. D. B. en rapporte 3 cas, et montre qu'il convient de bien différencier ces faits des anémies de Biermer vraies, en se fondant surtout sur l'absence de la réaction normo-mégaloblastique. Les confondre serait être amené à conclure parfois à la légère sur l'efficacité de certains traitements (foie) et compliquer aussi les discussions pathogéniques.

A. Escalier.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Freund. ***L'étiologie de la pustulose vacciniforme aiguë*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 2, 13 Janvier 1934). — En 1898, Juliusberg avait décrit sous le nom de *Pustulosis varioliformis acuta* une affection, dont Kaposi avait déjà décrit quelques cas dans son Traité en 1893. Mais cette affection est rare, puisque 6 cas seulement furent publiés dans la littérature, avant l'observation personnelle de F. qui concerne un enfant de 2 ans.

Il s'agit, en effet, de jeunes enfants, souvent atteints d'eczéma, chez lesquels apparaît une éruption aiguë, s'accompagnant d'une fièvre élevée, avec des éléments pustuleux rappelant la variole ou la vaccine. L'affection est grave, puisque la mort fut observée 4 fois sur 7 cas.

Dans le cas de F., la culture donna naissance à du staphylocoque doré. L'inoculation à la cornée du lapin détermina une kérato-conjonctivite aiguë, qui put être inoculée à 2 autres lapins. Des corpuscules de Guarnieri purent être observés dans la cornée du lapin.

L'enfant, une fois guéri, ne présentait aucune immunité vaccinale.

F. considère cette affection comme une affection mixte, due à une vaccine très peu virulente et à un streptocoque extrêmement virulent.

R. Burnier.

Hruszek. ***Résistance du virus herpétique*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 3, 20 Janvier 1934). — Après avoir rappelé les expériences faites antérieurement sur l'animal, H. étudie chez l'homme la résistance du virus herpétique par l'inoculation.

H. a recherché comment se comportent le sérum et le liquide céphalo-rachidien mis en contact pendant un temps variable avec un virus éprouvé.

H. inocule en même temps le virus pur, puis un mélange de virus et sérum d'un des 4 groupes sanguins.

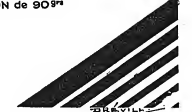
Ses conclusions sont les suivantes : un contact entre le virus et le sérum inférieur à 8 h. détermine des modifications peu marquées dans la virulence. De 8 h. à 23 h., on note une atténuation rapide des réactions.

Si le contact entre le virus et le sérum ne dépasse pas 8 h., les tendances à la récidive ne sont pas modifiées.

Des résultats identiques sont observés avec le liquide céphalo-rachidien.

H. conclut de ses recherches que le virus herpétique peut être transporté par le sang et le liquide céphalo-rachidien, dans les différentes parties du corps.

R. Burnier.



Bommer. ***Télangiectasies héréditaires progressives; recherches capillaroscopiques*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 7, 17 Février 1934). — B. a observé chez une femme de 41 ans et ses 2 filles (18 et 21 ans) une coloration rouge très marquée des deux joues, des engelures et au capillaroscope un plexus sous-papillaire très développé, avec dilatations anévrysmales de tout le système vasculaire. Les muqueuses de la bouche et du nez, ainsi que le fond d'œil, étaient normales.

Sur le sein gauche, on constata des lésions hyperkératosiques et vasculaires, rappelant l'angiokératome de Mibelli.

Ces lésions apparurent chez la mère à l'âge de 37 ans.

Ces diverses manifestations présentent des analogies avec différentes maladies : maladie d'Osler, angiokératome de Mibelli, télangiectasies nævi-formes essentielles, sans qu'on puisse les cataloguer dans telle ou telle de ces affections.

Mais il semble nettement qu'avec l'âge ces lésions vasculaires augmentent d'intensité.

B. eut l'idée de soumettre ses malades au régime de Sauerbruch-Hermannsdorfer : suppression du sel, réduction du lait à un demi-litre par jour, 200 à 300 gr. de viande par semaine, suppression du thé et du café.

8 mois après le début de ce régime, on constata une diminution notable de la cyanose cutanée chez la mère, nettement visible au capillaroscope; de plus l'hyperkératose et les angiomes s'atténuèrent progressivement.

R. Burnier.

Kemeri. ***Etiologie et traitement de l'acné vulgaire*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 8, 24 Février 1934). — Chez 52 malades atteints d'acné vulgaire, K. a trouvé la présence d'un foyer pyogène interne, une réaction de Pirquet positive et des lésions pulmonaires.

Après destruction du foyer pyogène (amygdalectomie, traitement de la pyorrhée dentaire, appendicectomie, cholécystectomie), l'acné guérit spontanément chez 22 malades; chez les autres, l'aspect pustuleux fut nettement amélioré.

Chez ces 30 derniers malades, on institua un traitement tuberculinique, 27 guérirent complètement, 2 furent très améliorés; un seul malade vit son acné s'aggraver.

En même temps que la disparition des lésions cutanées, on notait une grande amélioration des troubles généraux; augmentation de l'appétit, du poids, disparition des troubles gastro-intestinaux, des troubles menstruels, etc.

K. considère l'acné vulgaire comme un trouble consécutif à une infection mixte tuberculeuse et pyogène, il pense que la chronicité de l'affection est commandée par la tuberculose, tandis que le foyer pyogène interne entretient l'éruption pustuleuse.

R. Burnier.

Wendlberger. ***Fibromes multiples symétriques autour des petites articulations*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 9, 3 Mars 1934). — W. a observé chez un homme de 47 ans l'existence de petites tumeurs autour des articulations des doigts et des coudes, apparues depuis 2 ans; ces tumeurs arrondies, de consistance dure, grosses comme un poids, sont lisses et bien limitées; la peau qui les recouvre est plus pigmentée. Histologiquement il s'agit d'un fibrome.

Ces tumeurs fibreuses symétriques, situées autour des articulations, rappellent les cas déjà publiés par Brunauer, Savatard, Sakurane, Mac Leod, Hauck, Arndt, Sonntag. Elles paraissent différentes des fibromes en pastille de Civatte (Diss, Woringer, Zorn). En tout cas, elles sont nettement distinctes au point de vue clinique et histologique des nodosités juxta-articulaires de Jeanselme-Lutz.

L'étiologie est obscure; la syphilis, le pian, la tuberculose peuvent être facilement éliminés, ainsi que les petits traumatismes mécaniques; W. n'a pas constaté de lésions des os, des articulations, ni des gaines synoviales voisines.

R. Burnier.

JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (Bruxelles)

Neuman et Cogniaux. ***Deux cas de sarcome du grêle*** (*Journal Belge de Gastro-Entérologie*, t. II, n° 1, Janvier 1934). — L'observation I concerne un homme de 37 ans, cachectique, anémié, opéré pour tumeur de la fosse iliaque gauche. La radiographie ne montre aucun trouble du transit intestinal. Une laparotomie gauche expose une énorme tumeur, friable, formée aux dépens du grêle et ayant contracté de multiples adhérences pariéto-viscérales. Mort.

L'autopsie révèle la forme habituelle, ectasiante, de sarcome, avec lumière intestinale très dilatée. Métastase hépatique. Histologiquement, il s'agit d'un sarcome polymorphe.

Fait intéressant, ce malade avait été opéré 15 mois auparavant avec le diagnostic de perforation d'ulcère gastrique. L'exploration des organes sus-mésocoliques était restée négative. Il est regrettable que l'exploration du grêle n'ait pas été pratiquée à cette époque ; le sarcome eût été probablement découvert, puisque 8 jours après apparaissait une hémorragie intestinale, certainement en rapport avec la lésion à son stade de début.

Dans la 2e observation, il s'agit d'un homme de 38 ans, également cachectique, présentant une grosse tumeur du flanc et de la fosse iliaque gauche. A l'opération, on s'aperçoit que la tumeur appartient au grêle. On résèque 1 m. 50 d'intestin.

Examen histologique: sarcome lymphoïde. La radiographie chez ce malade n'avait rien montré. Mais le cliché de la pièce opératoire après injection barytée montre au niveau de la tumeur un canal intestinal rigide, dilaté, irrégulier, ne présentant pas l'aspect feuilleté habituel du grêle. Amélioration passagère. Mort 8 mois après l'opération.

Suivent d'intéressantes considérations sur le sarcome du grêle avec des statistiques, un aperçu anatomo-pathologique, quelques mots de traitement et de pronostic, une bonne bibliographie.

J. Pergola.

R. Crousse (Bruxelles). ***Deux cas de sarcome du grêle*** (*Journal Belge de Gastro-Entérologie*, t. II, n° 1, Janvier 1934). — L'observation I concerne une femme de 51 ans, anémiée, très amaigrie, souffrant de troubles dyspeptiques avec diarrhée, sans mélæna, présentant une tumeur hypogastrique volumineuse, bosselée, fixe dans le sens vertical, mobile transversalement, au toucher indépendante de l'utérus. Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire.

L'opération montre que la tumeur est développée aux dépens de la partie moyenne du grêle. Résection intestinale large.

La pièce, dont C. fournit les belles photographies ci-dessous, est friable, avec des zones pseudo-kystiques de nécrose. Le tissu néoplasique infiltre de façon régulière la circonférence de l'intestin, élargissant progressivement la lumière de celui-ci, à tel point que, au niveau de la partie moyenne de la tumeur, le calibre intestinal atteint un diamètre de 9 à 10 cm.

Histologiquement: sarcome lymphoblastique.

L'observation II a trait à une femme de 60 ans, cachectique, opérée pour occlusion aiguë. C. ne dit pas un mot de la nature de l'intervention pratiquée et si elle fut simplement exploratrice. C. insiste par contre sur les caractères anatomiques de la tumeur qui, histologiquement, est aussi un lymphosarcome. Topographiquement, il s'agit d'une tumeur de la partie haute du grêle, sténosante, rétrécissant considérablement le calibre intestinal. C. rappelle que, à l'inverse de l'épithélioma, qui, lui, est régulièrement sténosant, le sarcome agrandit la lumière intestinale, lui donnant un aspect sacciforme ou anévrismal. Il essaie d'interpréter ce cas exceptionnel de sarcome sténosant et conclut avec Lecène qu'il faut, pour réaliser cette sténose, soit une soudure de l'intestin sur une tumeur asymétriquement développée sur un des bords de celui-ci, soit l'effacement de la lumière intestinale par le refoulement d'une tumeur développée aux dépens de l'attache mésentérique du grêle. Cette dernière interprétation s'applique à la deuxième observation de C.

Les suites opératoires ne sont pas mentionnées dans ces deux observations.

J. Pergola.

BRASIL MEDICO (Rio-de-Janeiro)

Cassio de Rezende. ***Le thuya dans le traitement des papillomes vénériens*** (*Brasil Medico*, t. XLVII, n° 45, 11 Novembre 1933). — Le thuya appartient à la pharmacopée homéopathique. C. de R. l'a utilisé, sous forme de teinture, à dose allopathique, en applications locales et par voie digestive, chez une malade de 16 ans atteinte de blennorragie papillomateuse. L'inflammation est rapidement réduite.

G. d'Heucqueville.

LE JOURNAL DE L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL

J.-L. Riopelle. ***Un nouveau cas d'asthme mortel avec autopsie*** (*Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, t. III, n° 1, Janvier-Février 1934). — Une femme, sans passé pathologique, fut prise brusquement, à 59 ans, d'accès dyspnéiques asthmatiformes, évoluant pendant 3 ans sous forme de crises de plus en plus nombreuses et de plus en plus pénibles. Au cours du dernier accès, l'examen révéla une pluie de râles sibilants et ronflants sans lésion en foyer. Température normale. La dyspnée expiratoire augmente, se modifie peu à peu, devient inspiratoire, s'accompagne de tirage, de cyanose, de sueurs froides et aboutit à la mort.

A l'autopsie faite 3 heures après le décès, les poumons sont turgescents, avec aspect frisé de la plèvre des sommets. La surface de section des deux poumons est grisâtre, sèche, à dessin alvéolaire délicat. La plupart des bronches sont obstruées et distendues par des moules hyalins de consistance ferme qui font saillie en tête de clou hors de la bronche.

Histologiquement, le parenchyme pulmonaire est formé d'alvéoles dilatées. Les cloisons interalvéolaires sont amincies, mais ni atrophiées, ni perforées. Nulle part, il n'existe d'œdème alvéolaire. Çà et là, des amas de substances filamenteuses colorables en rouge vif par le muci-carmin de Mayer correspondent à du mucus; celui-ci injecte, en tout ou en partie, les bronchioles et les acini pulmonaires.

La plupart des bronches sont bloquées par un bouchon muqueux. Au sein de ces masses muqueuses, on distingue des éléments cellulaires, polynucléaires éosinophiles mêlés de macrophages chargés de grains anthracosiques et de cellules épithéliales peu nombreuses. L'épithélium bronchique intact et continu repose sur une basale nettement épaissie d'aspect hyalin; il est infiltré de nombreux polynucléaires en voie de migration; sa richesse en cellules mucipares est extraordinaire.

En comparant les résultats de cette autopsie et les lésions déjà connues, R. conclut que le substratum anatomique de l'asthme est complexe, variable avec les modalités de la crise, ses répétitions, l'étiologie, etc., 2 lésions sont cependant frappantes, l'éosinophilie d'abord, le mucus ensuite, qui semble jouer un rôle capital dans le déterminisme de la mort.

Robert Clément.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

J. Brem et J. Leopold. ***La thérapeutique ovarienne : relations entre l'hormone sexuelle femelle et l'hémophilie*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 3, 20 Janvier 1934). — A la suite des travaux de Birch, qui avait annoncé une amélioration considérable des symptômes de l'hémophilie et particulièrement du temps de coagulation par des injections d'extrait ovarien ou la greffe d'ovaire, de nombreux essais thérapeutiques ont été faits à l'aide de ces techniques. Mais il faut bien dire que les résultats publiés depuis n'ont aucun rapport avec ceux annoncés par Birch. En particulier, B. et L. n'ont pu observer la moindre diminution du temps de coagulation chez plusieurs hémophiles, ni aucune amélioration clinique. Les résultats ne peuvent se comparer à ceux obtenus par les méthodes thérapeutiques classiques, sérothérapie et transfusion sanguine.

R. Rivoire.

E. Bannick. ***La néphrose lipoïdique et ses relations avec la néphrite glomérulaire*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 3, 20 Janvier 1934). — Voici une statistique de la clinique Mayo fort intéressante parce qu'elle confirme l'impression des cliniciens français sur la physiopathologie de la néphrose lipoïdique. Dans les 12 dernières années, 160 malades ont présenté à la clinique le syndrome néphrotique : œdème, albuminurie profuse, lipoïdose sanguine, hypoprotéinémie. Parmi ceux-ci, 30 seulement avaient une néphrose lipoïdique pure, alors que les 130 autres avaient une atteinte glomérulaire concomitante, avec hypertension ou urémie.

Même parmi les 30 malades atteints de néphrose pure, 7 moururent ultérieurement d'urémie. Cette haute fréquence de l'urémie dans la néphrose, contraire aux notions classiques à l'étranger, tend à prouver que la néphrose n'est qu'une variété particulière de néphrite, comme Achard l'a toujours soutenu en France. Il faut souligner cependant la bénignité relative de la néphrose lipoïdique pure, car une très forte proportion de ces malades sont à l'heure actuelle guéris depuis plusieurs années : à cet égard l'individualisation de la néphrose lipoïdique est donc justifiée.

R. Rivoire.

A. Cannar. ***Valeur de l'arsénobenzol argentique dans le traitement de la syphilis précoce: conclusions basées sur l'étude de 104 cas*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 4, 27 Janvier 1934). — Les Américains préconisent depuis quelques années dans le traitement d'assaut de la syphilis un composé argentique de l'arsénobenzol, qui aurait une activité plus grande à doses plus faibles que l'arsénobenzol ordinaire.

C. a étudié l'action de ce produit, et a comparé son activité à celle du novarsénobenzol et du 606, en se basant sur la durée de disparition des signes cliniques et sérologiques de la maladie. La conclusion de cette étude est que l'arsénobenzol argentique est plus actif que le novar, mais moins actif que le vieux 606; quant aux accidents, ils s'observent un peu plus souvent avec ce produit nouveau, mais ils sont dans l'ensemble moins graves: cela tient sans doute à sa teneur plus faible en arsenic, et aux doses faibles utilisées (pas plus de 0 gr. 30 par injection). Les résultats cependant sont sujets à critiques, car les Américains n'emploient que des doses de novarsénobenzol faibles, pas supérieures à 0,60 par injection : et l'on sait que cette dose est en France considérée comme nettement insuffisante par tous les syphiligraphes. Cependant, les résultats semblent intéressants, et nécessiteraient des essais avec des doses fortes.

R. Wilbur et G. Eusterman. ***L'héméralopie nutritionelle*** (*The Journal of the american medical association*, vol. CII, n° 5, 3 Février 1934). — L'héméralopie, c'est-à-dire l'insuffisance de la vision par éclairage faible, est un des premiers symptômes de l'avitaminose A : en particulier dans la xérophtalmie elle précède souvent de longtemps le début des lésions objectives. L'apparition de ce symptôme, chez un sujet qui en était jusqu'alors indemne, en l'absence du glaucome, de choroïdite ou de rétinite pigmentaire, doit faire suspecter l'avitaminose. Dans nos pays, l'avitaminose A n'est presque jamais due à une insuffisance d'absorption alimentaire, mais plutôt à une assimilation insuffisante par suite de troubles digestifs. Les auteurs rapportent une bien intéressante observation d'héméralopie survenue chez un sujet atteint de fistule gastrocolique, qui disparut avec la guérison opératoire de cette fistule. Dans les cas où les troubles digestifs ne sont pas accessibles au traitement, la thérapeutique logique doit être l'administration parentérale de vitamine A, car la voie digestive ne peut être utilisée.

R. Rivoire.

B. Green. ***L'asthme compliquant la grossesse*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 5, 3 Février 1934). — Bien que la grossesse détermine le plus souvent une nette amélioration de l'asthme chez les femmes souffrant antérieurement de cette maladie, il est à l'opposé quelques observations où la grossesse a causé au contraire une aggravation importante de l'asthme; et même des cas d'asthme survenant à l'occasion de la grossesse, disparaissant avec elle, et récidivant à une nouvelle gravidité; parfois même cet asthme gravidique ne survient qu'aux grossesses mâles, ou au contraire aux grossesses femelles. Il y a là une très curieuse sensibilisation organique, liée sans doute au fœtus lui-même, plutôt qu'aux modifications hormonales de la grossesse.

G. rapporte ici plusieurs observations d'asthme aggravées par la grossesse, dont un cas se termina fatalement : comme il existe plusieurs observations mortelles, il y a lieu de se demander si l'avortement provoqué n'est pas indiqué dans les cas de ce genre.

R. Rivoire.

S. Samuels. ***Gangrène due à la thrombo-angéite oblitérante : nouvelles expériences thérapeutiques*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 6, 10 Février 1934). — S., qui a eu l'occasion de soigner en quelques années plus de 300 cas de thrombo-angéite oblitérante, commence son article par une profession de foie capitale : il ne faut pour ainsi dire jamais recourir à la chirurgie dans cette maladie, même en cas de gangrène, car le processus a une tendance à se limiter de lui-même, et la cicatrisation sans intervention est la règle. La seule indication de l'amputation est la destruction totale du pied, empêchant la formation d'un moignon confortable: S. n'a été obligé d'y recourir que dans un seul cas, et encore s'agissait-il d'un vieillard ou la thrombo-angéite se compliquait d'artério-sclérose.

Le traitement de la gangrène, qui est donc essentiellement médical, se schématise de la façon suivante :

1° *Repos* au lit, très difficile à obtenir à cause des douleurs. Aussi faut-il user avec abondance des pommades anesthésiantes : percaïnol, para-aminobenzoate.

2° Interdiction absolue de fumer : il s'avère en effet de plus en plus que le tabac joue un rôle essentiel dans l'étiologie de cette maladie.

3° Injections intraveineuses de sérum hypertonique à 5 pour 100. 300 cmc tous les deux jours.

4° Bains locaux avec un antiseptique faible : chloramine à 0.5 pour 100. acide borique.

La sympathectomie ne donne absolument aucun résultat dans cette affection, où le spasme ne joue aucun rôle : il faut donc la contre-indiquer formellement.

R. Rivoire.

IL POLICLINICO [Sezione pratica] (Rome)

T. Lucherini. ***La diathermie dans le traitement de l'abcés et de la gangrène du poumon*** (*Il Policlinico* [*Sez. pratica*], t. XL, n° 44. 30 Octobre 1933). — L. a traité par la diathermie un cas d'abcés du poumon et cinq de gangrène pulmonaire; deux électrodes de plomb de 18 × 25 cm étaient placées en avant et en arrière de l'hémithorax, au niveau de la lésion; l'intensité du courant variait de 1 à 1,5 ampère et la durée d'application de 10 à 30 minutes; les séances avaient lieu autant que possible tous les jours et leur nombre s'est élevé jusqu'à 56 chez un même malade. Les résultats ont été nuls dans un cas; dans les autres. l'état général s'est amélioré, les signes physiques et radiologiques se sont atténués, la fièvre, la toux, les hémoptysies, les douleurs thoraciques ont disparu et l'expectoration a nettement diminué. Mais ces résultats favorables doivent subir l'épreuve du temps, car deux malades seulement ont été revus après leur sortie de l'hôpital; l'un a fait une rechute au bout de quelques semaines, améliorée par une nouvelle série de diathermie, l'autre était bien portant au bout de 3 mois.

L. estime que la diathermie est contre-indiquée dans les formes suraiguës d'abcès gangreneux et dans celles où il y a une tendance hémorragique grave; dans un pareil cas, après deux séances, il a observé une hémoptysie mortelle qu'il est d'ailleurs impossible d'attribuer avec certitude à la diathermie.

Lucien Rouquès.

V. Giudiceandrea. ***Oxalurie et parasitose intestinale*** (*Il Policlinico* [*Sez. pratica*], t. XL, n° 45, 6 Novembre 1933). — Loeper a insisté sur la possibilité d'oxalurie en relation avec l'infestation par les ténias ou les autres gros parasites riches en glycogène. Les observations de G. montrent que l'oxalurie est également fréquente chez les porteurs de petits parasites intestinaux (chilomastix, amibes, trichocéphales, lamblias, spirochètes, etc.); elle dérive sans doute des altérations du chimisme intestinal et des répercussions de l'intoxication produite par les parasites sur la fonction hépatique et le métabolisme.

Mais tous les porteurs de parasites intestinaux n'ont pas d'oxalurie et l'oxalurie s'observe en dehors de toute infestation; l'oxalurie peut aussi être une altération primitive des échanges ou apparaître au cours de divers états morbides, en particulier de l'hypochlorhydrie.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

P. Rolandi Ricci. ***Les narcolepsies familiales; contribution clinique à l'étude et au traitement de la narcolepsie constitutionnelle (narcolepsie essentielle ou pure de Gélineau-Redlich)*** [*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XIII, n° 1, Août 1933). — Gélineau, dont les idées ont été reprises par Redlich, a décrit, à côté des narcolepsies symptomatiques, une narcolepsie essentielle; cette conception n'est pas admise par tous les auteurs, en particulier par Lhermitte qui estime que toutes les narcolepsies sont symptomatiques. L'existence des narcolepsies familiales rend cependant vraisemblable la conception de Gélineau; il est en effet peu logique de supposer qu'une encéphalite abortive ou une syphilis nerveuse puisse évoluer chez plusieurs sujets d'une même famille sans donner chez aucun d'entre eux de manifestations cliniques appréciables. Les narcolepsies familiales sont rares; R. rapporte l'observation d'une famille où la mère et 5 enfants sur 7 vivants présentent des crises de narcolepsie associée chez 3 à de la cataplexie; la narcolepsie peut sauter une génération et un des petits-enfants, dont le père n'a pas de crises, en présente; chez la mère, la narcolepsie a débuté un an après la ménopause et, chez une des filles, six mois après la puberté. La cause de la narcolepsie familiale ou constitutionnelle doit être recherchée dans une faiblesse héréditaire du centre nerveux mésencéphalique régulateur du sommeil et les paroxysmes dépendent peut-être de phénomènes d'hyperfonctionnement pré-hypophysaire. De tous les médicaments essayés par R., l'éphédrine a seule été efficace (5 centigrammes en moyenne, trois fois par jour), mais dès que son administration est suspendue les crises reparaissent.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA (Florence)

R. Benelli et **R. Gatta.** ***Contribution à l'étude de l'artériosclérose de la petite circulation*** (*Rivista di clinica medica*, t. XXXIV, n° 11-12, 15-30 Juin 1933). — L'observation rapportée est celle d'un homme de 49 ans dont l'affection a évolué en 14 ans et a présenté trois périodes: une période bronchique, avec toux, expectoration, légère dyspnée d'effort, sans que le malade soit forcé de cesser son travail; une seconde période où les troubles cardio-vasculaires ont fait leur apparition : cyanose plus ou moins intense avec des crises paroxystiques associées à des douleurs rétrosternales, hémoptysies répétées, somnolence, torpeur; une période hyposystolique avec dyspnée permanente légère, œdème malléolaire et sacré, hépatomégalie et tachycardie modérée; la mort survient au cours d'une crise d'hypercyanose avec douleur. L'autopsie a montré un cœur globuleux avec hypertrophie du ventricule droit; les rameaux intra-parenchymateux de l'artère pulmonaire étaient épaissis, tortueux, ectasiques.

Le malade présentait depuis longtemps une cypho-scoliose post-traumatique et une pleurite adhésive droite; B. et G. pensent que ces lésions n'ont pas été la cause directe du syndrome, mais que le trouble de la ventilation pulmonaire qu'elles entraînaient a agi sur un système vasculaire prédisposé probablement par des infections d'enfance.

Lucien Rouquès.

M. Tinti. ***Contribution à la connaissance des anomalies cliniques et hématologiques des leucémies (anémie grave progressive, de type aplastique isolé, avec éosinophilie et plaquettose, préambule éloigné d'une leucémie myéloïde aiguë)*** (*Rivista di clinica medica*, t. XXXIV, n° 13-14, 15-30 Juillet 1933). — Un malade présente une anémie grave, cryptogénétique, constamment arégénérative, ni hémolytique, ni de type pernicieux, sans diminution de la valeur globulaire, avec une leucopénie modérée, une neutropénie relative et absolue nette, une éosinophilie intense (25 pour 100), une lymphocytose relative et absolue modérée sans monocytose et une plaquettose très accentuée avec présence dans la circulation de noyaux de mégacaryocytes ; l'évolution est progressive; l'hépatothérapie, l'arsenic et le fer sont sans action et le malade n'est maintenu en vie que par des transfusions répétées. Au bout de la troisième année apparaissent quelques formes anormales, à caractères d'hémocytoblastes et de paramyéloblastes. Au bout de quatre ans, un syndrome de leucémie myéloïde aiguë avec hypertrophie du foie et de la rate et tendance aux hémorragies apparaît et le malade meurt en quelques semaines.

Ce cas est d'interprétation difficile: la leucémie myéloïde a-t-elle été la phase terminale d'une myélose aleucémique s'étant manifestée d'abord par une longue phase d'anémie et n'étant devenue typique qu'en raison de la longue survie produite par les transfusions? La leucémie et l'anémie ne sont-elles que des processus coordonnés développés successivement? Des examens histologiques n'ayant pu être pratiqués pendant la phase anémique, il est impossible de dire s'il n'y avait pas déjà une myélose aleucémique histologiquement constituée dans les organes hématopoïétiques. De toute façon, il s'agit d'un cas exceptionnel qui ne rentre pas dans les cadres connus des états préleucémiques.

Lucien Rouquès.

F. Ferranti et **O. Giannetti.** ***Sur la physiopathologie de la vieillesse (le métabolisme purique pendant la vieillesse)*** (*Rivista di clinica medica*, t. XXXIV, n° 17-18, 15-30 Septembre 1933). — F. et G. ont étudié chez 26 sujets de plus de 60 ans et présentant des signes de sénilité, sans tare cardiaque ou rénale, le métabolisme purique endogène et exogène: après 6 jours de régime lacto-végétarien, mesure de l'uricémie et de l'uricurie de 24 heures, puis administration de 400 gr. de foie et détermination les jours suivants de l'uricémie et de l'uricurie jusqu'à retour aux chiffres initiaux. 19 des vieillards se sont comportés comme les adultes normaux, à cela près qu'ils ont présenté une uricurie endogène basse, ce qui s'explique facilement par l'atrophie des organes à cellules caduques qui diminue le nombre des noyaux cellulaires lysés dans un temps donné et par le ralentissement des échanges au niveau des noyaux et des cellules indemnes. Les vieillards du second groupe se sont comportés dans une certaine mesure comme les sujets atteints de diathèse urique; quelques-uns avaient une uricémie endogène un peu élevée et une uricurie endogène au-dessous de la normale; d'autres, après l'absorption des purines contenues dans le foie, n'ont pas présenté l'élévation rapide de l'uricémie observée normalement; dans la plupart des cas, le déficit du bilan purique a été bien plus important qu'à l'état physiologique; ce comportement qui rappelle celui des goutteux, a des causes variées: absence de digestion et d'absorption des nucléo-protéides ingérées par insuffisance des sucs digestifs, lésion probable du centre bulbaire qui règle le métabolisme purique, uratophilie des tissus, troubles neuro-végétatifs ou hormonaux complexes. Les modifications de l'uricémie et de l'uricurie après épreuve de charge imputables à la sénilité doivent être présentes à l'esprit lorsqu'on emploie cette épreuve dans un but diagnostique chez des sujets âgés.

Lucien Rouquès.

G. Lucchi et **L. Francia.** ***Contribution à l'étude des anémies hypochromes de la gravidité (la fonction gastrique pendant la grossesse)*** [*Rivista di clinica medica*, t. XXXIV, n° 17-18, 15-30 Septembre 1933]. — On rencontre fréquemment chez les femmes enceintes une certaine diminution du nombre des globules rouges et une diminution proportionnellement plus accusée de l'hémoglobine; ces anémies hypochromes ne sont pas sans analogies avec certaines anémies achyliques et on pouvait *a priori* se demander si elles ne dépendaient pas d'une diminution de la sécrétion gastrique, cette diminution étant considérée par certains auteurs comme banale au cours de la gravidité. Les recherches de L. et F. n'ont pas confirmé cette hypothèse et la fonction gastrique étudiée par eux chez 20 femmes enceintes ayant une anémie hypochrome a été dans la grande majorité des cas normale; ils estiment que la plupart des anémies hypochromes de la gravidité ne sont pas de véritables anémies, mais des pseudo-anémies par dilution du sang, se ralliant ainsi à la conception soutenue par Schultz.

Lucien Rouquès.

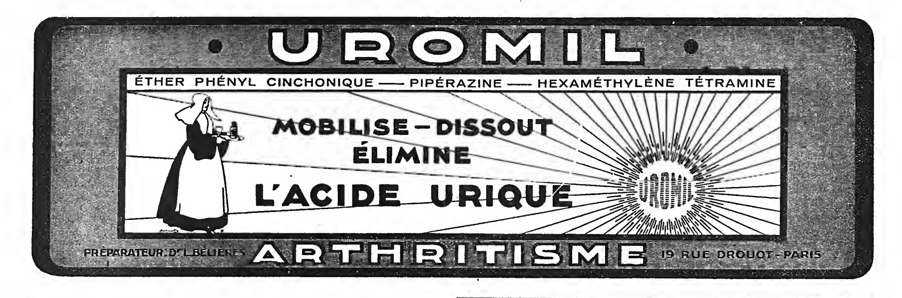
E. Bracaloni. ***Sur un cas d'anémie grave à évolution rapide, avec signes de perniciosité et d'érythrémie*** (*Rivista di clinica medica*, t. XXXIV, n° 21-22, 15-30 Novembre 1933). — Une malade de 59 ans entre à l'hôpital pour anorexie, asthénie et pâleur; il y a quelques ganglions inguinaux; le foie déborde d'un travers de doigt et la rate de trois; les os sont douloureux à la pression; l'examen de sang montre 530.000 hématies, une valeur globulaire de 1,51, 16.800 globules blancs (60,5 granulocytes dont 3,5 formes immatures, 36 lymphocytes et 2,5 monocytes pour 100); il y a plus de 14.000 globules rouges à noyaux par millimètre cube, presque tous de la série normoblastique, les formes mégaloblastiques étant douteuses; la malade meurt vers le 70° jour de l'évolution, après avoir présenté une fièvre irrégulière autour de 38°. L'autopsie montre au niveau de la moelle osseuse une régénération érythroblastique avec des proérythroblastes et des normoblastes, les mégaloblastes étant très rares; la rate frappe par l'abondance des globules rouges nucléés qui en certains points forment des foyers d'érythropoïèse analogues à ceux de la moelle; au niveau du foie, il y a par places de nombreux normoblastes dans les sinusoïdes, mais pas de véritables foyers de métaplasie érythroblastique.

B. élimine les diagnostics d'anémie pernicieuse anormale et d'anémie hémolytique aiguë, type Lederer; malgré l'absence de toute participation du tissu réticulo-endothélial du foie, il rapproche ce cas des érythrémies, au sens de Di Guglielmo: on sait que, pour cet auteur, l'érythrémie ou myélose érythrémique n'est pas la maladie de Vaquez, mais l'homologue pour la série rouge des leucémies pour les cellules blanches.

Lucien Rouquès.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Chiale. ***Le pemphigus de Senear-Usher*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXIV, fasc. 6, Décembre 1933). — C. a observé une femme de 40 ans, qui avait à la face des lésions en papillon, infiltrées, érythémateuses, recouvertes de squames-croûtes et d'hyperkératose ponctuée; éparses sur le tronc existaient des bulles purulentes impétiginoïdes. Plus tard apparurent sur le dos, la poitrine, l'abdomen, d'autres lésions bulleuses; le signe de Nicholsky était très net. Après la rupture des bulles, la peau d'une grande partie du corps montrait des plaques abrasées, rouges,



LABORATOIRE DE BIOLOGIE APPLIQUÉE

– CARRION –

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8e — ANJOU 36-45 (2 lignes)

RECHERCHE DES DYSENDOCRINIES
PAR
LA MÉTHODE INTERFÉROMÉTRIQUE

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA GROSSESSE

MESURE DU MÉTABOLISME BASAL



BACTÉRIOLOGIE — HÉMATOLOGIE
SÉROLOGIE — CHIMIE BIOLOGIQUE
PHYSICO-CHIMIE — MICRO-ANALYSE
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
HISTOLOGIE — AUTO-VACCINS

GOMENOL

(Nom et Marque déposés)

Antiseptique idéal externe et interne

GOMENOLÉOS

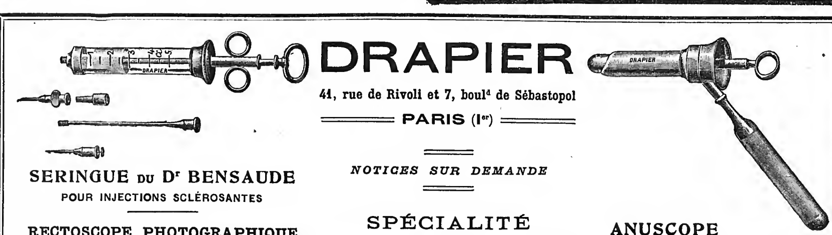
dosés à 2 %, 5 %, 10 %
20 % et 33 %
en flacons et en ampoules.

PRODUITS PREVET
AU GOMENOL

Exigez le nom **PREVET**

REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS

LABORATOIRE DU GOMENOL, 48, rue des Petites-Écuries, PARIS-X°



suintantes, laissant exsuder de la sérosité et du sang.

La biopsie d'un fragment de peau de la poitrine montra des altérations épidermiques et dermiques typiques de pemphigus.

Après avoir éliminé l'hypothèse d'un lupus érythémateux avec réaction bulleuse intense, C. pense que sa malade rentre dans le type décrit en 1926 par deux auteurs américains, Senear et Usher: pemphigus à type insolite qui réunit les caractéristiques du lupus érythémateux.

C. ne pense pas cependant, comme les auteurs américains, que le pemphigus et le lupus érythémateux aient entre eux d'étroites relations étiologiques et qu'un facteur unique puisse conditionner l'une ou l'autre forme.

C. estime plutôt que la coexistence du pemphigus et du lupus érythémateux peut s'expliquer, si l'on considère ce lupus érythémateux comme une réaction aspécifique et non obligatoire, vis-à-vis de la toxine du pemphigus, qui peut être provoquée par des causes diverses (tuberculose, syphilis, pyogènes).

Cette sorte de réaction de défense expliquerait le pronostic plus bénin du pemphigus de Senear-Usher par rapport aux autres pemphigus.

R. Burnier.

L. Ciarrocchi. ***Onycho- et épidermomycose due à Epidermophyton rubrum*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXIV, fasc. 6, Décembre 1933). — C. a observé chez un mécanicien de 53 ans des lésions arrondies, érythémato-squameuses et prurigineuses, situées à la région cervicolatérale gauche; plus tard, apparurent des altérations des ongles; puis les lésions cutanées s'étendirent au dos des mains, aux avant-bras, aux fesses, aux genoux, aux aines et aux membres inférieurs.

On trouva dans la raclure des ongles et dans les squames des lésions cutanées un champignon qui donna après ensemencement une belle culture rouge. Les poils étaient indemnes.

L'examen de la culture montra qu'il s'agissait d'*Epidermophyton rubrum* (Castellani); il semble d'ailleurs que les champignons décrits sous le nom de *Tricophyton purpureum* (Bang), *Tr. rubrum* (Priestley), *Tr. A et B* (Hodges), *Tr. purpureum Bang, var I et II* (Takahashi) constituent avec *Epid. rubrum* un seul et même champignon, dont la forme et les diversités de coloration sont liées à la constitution du milieu.

Ep. rubrum (Castellani) n'avait jamais encore été constaté en Italie.

R. Burnier.

Fraccari. ***Tricophytie généralsiée due à Tricophyton purpureum*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXV, fasc. 1, Février 1934). — Un homme de 29 ans, qui n'avait jamais quitté l'Italie, vint consulter pour des lésions érythémato-squameuses figurées, marginées, très infiltrées, disséminées sur tout le corps. Des lésions analogues existaient à la barbe, dont les poils étaient décolorés et au cuir chevelu où l'on notait des foyers de suppuration profonde. Les ongles et les poils du corps étaient également atteints.

L'examen microscopique des squames et des poils montra la présence d'un *mycelium* abondant; l'ensemencement sur milieu de Sabouraud donna naissance à des colonies d'un rouge pourpre.

L'hémoculture donna également naissance à des colonies caractéristiques de *Tr. purpureum* (Bang). Malgré cela, les cuti- et intradermo-réactions à la tricophytine furent négatives.

Des injections intramusculaires de tricophytine à forte dose donnèrent des réactions focales.

Tr. purpureum s'observe fréquemment au Japon, sous les tropiques, en Amérique du Nord; il a été étudié pour la première fois par Castellani à Colombo. En Europe, Bang l'a observé chez 2 malades, un Mexicain et un Allemand qui avaient vécu longtemps au Mexique. C'est le deuxième cas observé en Italie.

R. Burnier.

LA RASSEGNA DI CLINICA TERAPIA E SCIENZE AFFINI (Naples)

G. de Franchesci. ***Recherches sur l'action de l'histamine : action pharmacodynamique générale et action particulière sur la sécrétion gastrique*** (*La Rassegna di clinica terapia e scienze affini*, t. XXXII, n° 4, Juillet-Août 1933). — Le chlorhydrate d'histamine injecté sous la peau à la dose d'un milligr. n'a pas d'effet toxique et est toujours bien supporté même par les cachectiques. L'histamine est une substance à action générale essentiellement vagotrope : elle agit surtout chez les vagotoniques et donne souvent une salivation analogue à celle de la pilocarpine; mais son action est avant tout périphérique et non centrale et n'est pas modifiée par les substances pharmacodynamiques synergiques ou antagonistes (atropine, pilocarpine).

L'histamine est le meilleur excitant de la sécrétion gastrique; les valeurs les plus élevées de l'acidité gastrique sont obtenues chez les vagotoniques (vagotoniques hyperchlorhydriques, certaines variétés de maladie de Basedow); des valeurs faibles s'observent dans les cas où la muqueuse gastrique n'est pas détruite en entier par un processus atrophique ou néoplasique (cancer et anémie pernicieuse au début, certaines gastroptoses, maladie d'Addison); lorsque la muqueuse est le siège d'une néoplasie diffuse ou d'une gastrite atrophique lentement progressive, l'histamine ne provoque plus de sécrétion acide.

L'histamine produit chez les sujets normaux une baisse transitoire, mais nette, du nombre des leucocytes; des injections répétées d'histamine dans 3 cas de leucémie chronique n'ont donné qu'une amélioration très passagère de la formule sanguine et de la splénomégalie, sans action sur l'état général.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA (Turin)

E. Antoniazzi. ***Recherches expérimentales sur l'inflammation allergique de la plèvre et la possibilité de provoquer des manifestations controlatérales*** (*Minerva medica*, XXIVe année, t. II, n° 47, 24 Novembre 1933). — Chini a montré qu'après injection intraarticulaire de sérum chez un lapin, puis injection intraveineuse du même sérum au bout de plusieurs jours, on observait une réaction histiocytaire et monocytaire au niveau de la synoviale de l'articulation, siège de l'injection, au niveau également de la synoviale symétrique et à moindre degré de la synoviale de toutes les autres. A. a recherché si un phénomène analogue se produisait dans les inflammations allergiques de la plèvre dont la réalisation expérimentale est due à Roulet. Il a sensibilisé des lapins par 2 à 5 injections de sérum de cheval ou de sang total citraté de pigeon, faites à intervalles de 5 à 6 jours, dans le tissu cellulaire sous-cutané, le péritoine ou la plèvre; l'injection déchaînante était faite dans la plèvre, 15 à 30 jours après la dernière injection préparante. Chez les animaux sensibilisés par voie pleurale ou péritonéale et chez ceux-là seulement, il a constaté, d'une manière inconstante, l'apparition d'une congestion allergique de la plèvre et du cortex pulmonaire, du côté où l'injection déchaînante avait été faite; dans presque tous les cas positifs, il y avait aussi des nodules monocytaires sous-séreux dans la plèvre controlatérale, parfois même aussi, des nodules analogues dans le médiastin ou le péricarde.

Cette extension des manifestations allergiques est due au passage direct de l'antigène d'une plèvre à l'autre; mais il n'est pas impossible, d'après l'exemple des autres organes, que l'antigène acquière un tropisme spécial pour les tissus ayant la même structure que celui avec lequel il a été d'abord en contact.

Lucien Rouquès.

A. Jona. ***Influence des rayons ultra-violets sur la glycémie et la glycosurie chez les sujets sains et les diabétiques*** (*Minerva medica*, XXIVe année, t. II, n° 48, 1er Décembre 1933). — Parmi les influences des rayons ultra-violets, celle qu'ils exercent sur le métabolisme hydro-carboné est la plus discutée. J. a soumis 4 sujets normaux à un traitement intense par les rayons U. V. poursuivi pendant 20 ou 30 jours; leur poids a diminué; la diminution de la glycémie a été nette, mais légère et transitoire; les irradiations n'ont pas paru modifier les résultats d'épreuves répétées de lévulosurie provoquée. Chez deux malades atteints de diabète maigre avec acétonurie, maintenus en état d'équilibre relatif par le régime et l'insuline, les irradiations poursuivies pendant 12 et 25 jours ont diminué la glycémie et la glycosurie; mais l'état général s'est aggravé et l'acétonurie a reparu dans un cas et a augmenté dans l'autre; un des malades a même présenté un état subcomateux. Ces résultats peu encourageants ne justifient pas les dires des auteurs qui ont proposé de traiter le diabète par l'actinothérapie; toutefois, il serait intéressant de faire de nouveaux essais avec des doses plus faibles.

Lucien Rouquès.

E. Conte et **U. de Michelis.** ***Adhérences pleurales et processus tuberculeux du poumon; observations sur 100 cas avant et après l'établissement du pneumothorax artificiel*** (*Minerva medica*, XXIVe année, t. II, n° 49, 8 Décembre 1933). — Il est extrêmement difficile de faire par la clinique ou l'examen radiologique le diagnostic d'adhérences pleurales circonscrites avant l'institution du pneumothorax, sauf lorsque les adhérences siègent au niveau du sinus diaphragmatique ou de la plèvre interlobaire; mais il y a un rapport indiscutable entre la fréquence des adhérences et les caractéristiques de la lésion pulmonaire. Dans les infiltrats précoces et les formes dérivées siégeant principalement à la périphérie, il existe dans la moitié des cas des adhérences latérales étendues en bandes ou en brides au niveau des foyers, susceptibles d'empêcher un collapsus efficace; ces adhérences dépendent probablement du processus en activité et sont le plus souvent localisées dans la région sous-apicale, siège de l'infiltration initiale. Dans les infiltrats précoces et les formes dérivées siégeant principalement au centre des lobes, les adhérences ont les mêmes caractères, mais sont plus rares (20 pour 100 environ). Les adhérences en rapport avec le processus en activité sont un peu moins fréquentes dans les lobites que dans les infiltrats précoces périphériques: 40 pour 100; elles n'entravent pas toujours le collapsus qui dans 60 pour 100 des cas de C. et M. a été suffisant. Dans les formes évolutives fibro-ulcéro-caséeuses et fibro-ulcératives, les adhérences sont toujours nombreuses avec la plus grande variabilité de distribution et d'aspect, mais le collapsus n'en est pas moins souvent efficace (51 pour 100).

D'une manière générale, on a plus de probabilités d'obtenir un bon collapsus dans les lésions récentes, de type exsudatif (infiltrats précoces ou lobites) et siégeant dans les lobes moyens et inférieurs ou au centre des champs pulmonaires, que dans les lésions d'évolution avancée, à tendance

fibreuse et siégeant à la périphérie des poumons ou à leur sommet.

Lucien Rouquès.

E. Frola. ***Sur le tropisme électif des streptocoques : le streptocoque endothéliosique*** (*Minerva medica*, XXIVe année, t. II, n° 49, 8 Décembre 1933). — Une malade de 39 ans a présenté pendant environ un an un état fébrile, rebelle avec splénomégalie légère, monocytose et endothéliose sanguine (44 et 8 pour 100) et albuminurie; du sang, de l'urine et d'abcès des racines dentaires, F. a isolé un streptocoque hémolytique; ce germe a été injecté à plusieurs reprises, à intervalles de 5 jours, dans le péritoine de cobayes; la formule sanguine des animaux a montré une augmentation légère des polynucléaires, une notable diminution des lymphocytes, une augmentation modérée mais progressant après chaque injection des monocytes, et surtout une importante réaction mésenchymateuse caractérisée par l'apparition dans le sang de nombreux éléments mésenchymateux (jusqu'à 48 pour 100 dans un cas, dont 38 pour 100 de cellules endothéliales). Cette réaction du tissu réticulo-endothélial ou plus exactement du mésenchyme à l'infection n'existe pas avec d'autres germes ou d'autres souches de streptocoques qui donnent au contraire une intense monocytose avec faible endothéliose; elle est à rapprocher de la réaction endothéliale présentée par la malade et F. y voit un exemple des tropismes que peut acquérir le streptocoque et dont la démonstration expérimentale a été faite par Rosenow, Chini et Magrassi et d'autres auteurs.

Lucien Rouquès.

G. Lucchi. ***Contribution à l'étude des rapports entre les sécrétions externe et interne du pancréas*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. II, n° 49, 8 Décembre 1933). — Les rapports entre les sécrétions externe et interne du pancréas sont assez discutés; néanmoins, les recherches expérimentales de Gley et Hazard, de Zunz et La Barre montrent que l'acide chlorhydrique, excitant de la sécrétion externe, produit chez le chien une baisse de la glycémie. L. a suivi chez 13 sujets les variations de la glycémie pendant une heure après introduction à jeun dans le duodénum à l'aide d'une sonde d'Einhorn de 60 à 70 centimètres cubes d'une solution à 8 pour 1.000 d'acide chlorhydrique; dans 8 cas, la glycémie a présenté une baisse sensible pouvant atteindre 0 gr. 15 à 0 gr. 28 pour 1.000; la baisse se produit en général à la 20e minute ou plus tard et est souvent précédée d'une légère et fugace hyperglycémie; dans 2 cas, la courbe glycémique n'a pas varié et dans 3 cas une petite augmentation de la glycémie a été notée. L'introduction de l'acide dans le duodénum provoque une abondante sécrétion externe du pancréas et il est possible que celle-ci soit la cause de la baisse généralement observée de la glycémie, témoignant ainsi en faveur d'une certaine corrélation entre les deux sécrétions; toutefois, l'épreuve met en jeu une série de facteurs, notamment une perturbation de l'équilibre végétatif, qui ne sont peut-être pas à exclure.

Lucien Rouquès.

S. Cerqua. ***La courbe amino-acidémique dans l'urémie expérimentale*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. II, n° 49, 8 Décembre 1933). — Après ligature simultanée des deux uretères chez le chien, le taux de l'azote aminé du sang descend au-dessous de la normale dans les 24 premières heures, puis s'élève en même temps que le syndrome urémique apparaît, dépasse la normale et atteint son maximum quelques heures avant la mort; en sacrifiant les animaux à des intervalles réguliers après la ligature, on observe que l'amino-acidémie ne s'élève que quand il s'est produit une lésion du foie (dégénération parenchymateuse prédominant au centre du lobule, constante chez les animaux morts spontanément). Après injection intraveineuse d'un amino-acide tel que l'alanine chez les chiens dont les uretères sont liés depuis peu, l'amino-acidémie s'élève, atteint son maximum vers la 15e minute, puis baisse, arrivant au chiffre initial ou même plus bas à la 60e minute; lorsque cette épreuve de charge est faite plus tardivement, quand le foie est déjà lésé, le taux de l'amino-acidémie s'élève davantage et son élévation persiste au delà de la 60e minute; plus la lésion du foie est profonde, plus l'amino-acidémie est élevée. L'épreuve de charge avec l'alanine ou un autre amino-acide (glycocolle) rend plus sensibles les variations de l'amino-acidémie.

Lucien Rouquès.

P. Marin. ***La méningite aiguë lymphocytaire*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. II, n° 50, 15 Décembre 1933). — M. rapporte 4 observations de méningite aiguë lymphocytaire survenues dans la même localité: la première en Mars 1932, les autres de Juillet à Octobre 1933; aussi, l'hypothèse d'une épidémie est-elle vraisemblable pour ces dernières; l'évolution a été bénigne, sans séquelles. Le diagnostic de cette affection et de la méningite tuberculeuse reste difficile, tant que l'évolution ne l'a pas tranché; cependant, la méningite lymphocytaire débute brusquement en pleine santé; elle ne donne pas la prostation de la méningite tuberculeuse et les malades ont toute leur conscience; l'examen du liquide peut donner quelques indications : le pouvoir réducteur est normal, la réaction de Nonne est négative et la formation d'un réticulum est rare; surtout, les examens répétés ne montrent pas de bacilles; enfin, la ponction lombaire soulage nettement les malades et amorce souvont la guérison.

Bien que son étiologie soit inconnue (en particulier, l'origine poliomyélitique ou encéphalitique est à éliminer), la méningite aiguë lymphocytaire semble constituer une affection autonome; il est indispensable, pour laisser à ce cadre symptomatique sa valeur, d'en éliminer toutes les méningites lymphocytaires secondaires; de même, on doit, provisoirement tout au moins, en distraire les cas d'évolution mortelle. M. a observé un cas de méningite à lymphocytes simulant à tous points de vue sauf à celui de l'évolution la méningite aiguë lymphocytaire : l'autopsie a montré qu'il s'agissait en réalité d'une septicémie à streptocoques avec endocardite débutante.

Lucien Rouquès.

L. Griva. ***Un cas rare de polyarthrite chronique primitive avec atrophie osseuse*** (*Minerva Medica*, XXIVe année, t. II, n° 51, 22 Décembre 1933). — Une malade de 27 ans, quelques mois après une infection puerpérale, a commencé à souffrir d'une polyarthrite s'étant accompagnée de fièvre pendant peu de temps et ayant donné lieu en quelques mois à des déformations considérables et à une limitation extrême des mouvements. G. a examiné cette malade à 65 ans et constaté que toutes les articulations étaient atteintes, avec atrophie musculaire, rétractions capsulaires, transformation des cartilages en tissu connectif, ossifications périarticulaires, ankylose, subluxations et luxations; un processus de décalcification et d'atrophie osseuse intense donnait à ce cas une allure spéciale : certains os étaient usés (phalanges, cubitus), d'autres totalement disparus (carpe).

G. insiste sur les troubles endocriniens présentés par sa malade; à 25 ans, elle a subi une opération mal précisée sur le corps thyroïde (peut-être ligature d'une artère pour hyperthyroïdie); 7 ans après le début de l'affection, la ménopause est survenue; une cachexie extrême avec apathie, hypotension et chute des poils rappelle la cachexie hypophysaire; G. a l'impression que la polyarthrite chronique chez cette malade tarée du point de vue endocrinien a préparé le terrain à la dystrophie osseuse.

Lucien Rouquès.

D. Barbieri. ***Etude histo-pathologique d'un cas de leucémie myéloïde chronique traitée par le thorostrat*** (*Minerva Medica*, XXVe année, t. I, 6 Janvier 1934). — Le thorostrat se décompose très lentement dans l'organisme en émettant des radiations; il était donc logique de l'essayer dans le traitement des leucémies, d'autant plus que sa longue persistance et son accumulation dans des organes particulièrement intéressés par le processus leucémique pouvait faire espérer une action durable. Quelques essais de Guarini, d'Izar et Castrovono, avec ou sans radiothérapie associée, ont paru à ces auteurs assez encourageants.

B. rapporte l'observation d'une femme de 41 ans, atteinte de leucémie myéloïde, ayant reçu en plusieurs injections 45 centicubes de thorostrat dans un but d'hépato-splénographie. Dès la fin des injections, le taux des leucocytes a passé de 415.000 à 308.000, mais c'est une réaction assez banale que l'on peut observer après injections de diverses substances; un traitement radiothérapique a ramené ensuite le nombre des leucocytes à 8.700 et nettement diminué l'hépatomégalie, sans réduire la splénomégalie; une rechute n'a pas tardé à se produire et la malade est morte au bout d'un an, sans que cette évolution ait paru en rien influencée par le thorostrat. L'autopsie a montré qu'à l'inverse de ce qu'on observe expérimentalement, la moelle osseuse ne contenait aucune trace de thorostrat; dans les autres organes, il n'y avait pas d'indice histologique d'une action quelconque du thorostrat et bien plus, ni dans le foie, ni dans la rate, les grains de thorostrat ne s'étaient accumulés au niveau des foyers leucémiques. Dans ces conditions, B. estime que le traitement des leucémies par le thorostrat n'a pas de bases sérieuses.

Lucien Rouquès.

P. Marin. ***Splénomégalie lipoïdocellulaire type Niemann-Pick et ses rapports avec la maladie de Gaucher*** (*Minerva Medica*, XXVe année, t. I, n° 2, 13 Janvier 1934). — M. rapporte l'observation d'un enfant au facies mongolien, normal jusqu'à l'âge de 5 mois, à part une pâleur grisâtre des téguments; il présenta alors des troubles digestifs avec mauvais état général; à l'âge de 7 mois, on constata une énorme hépatomégalie, une splénomégalie notable, un coloration jaune-ocre de la peau avec pigmentation bronzée périorbitaire, une anémie modérée, une leucocytose à 15.000 avec lymphocytose (61 pour 100). Le diagnostic de maladie de Niemann-Pick fut confirmé par la ponction splénique qui montra des grandes cellules uni- ou pluri-nucléées avec de très nombreuses granulations lipoïdiques; un essai de radiothérapie hépato-splénique eut des résultats désastreux : après deux séances, un état d'anémie aiguë se développa qui emporta rapidement le malade (une évolution analogue après radiothérapie a été signalée dans une observation antérieure); peu avant la mort, une cellule lipoïdifère polynucléée fut observée dans le sang; l'examen anatomique limité au foie et à la rate a mis en évidence les lésions habituelles.

On sait que Pick a opposé à la splénomégalie de Gaucher, la spléno-hépatomégalie de Niemann; les cas connus sont peu nombreux, surtout ceux de la seconde affection; M. pense qu'aux points de vue clinique, anatomique et surtout histo-chimique, il est encore impossible d'affirmer l'indépendance absolue des deux maladies.

Lucien Rouquès.


EXISTE SOUS 3 FORMES
A ADULTES
B ENFANTS ET ADOLESCENTS
C SANS STRYCHNINE
ANEMIES
ASTHENIES
ANOREXIES
RECONSTITUANT
REMINERALISANT
RECONFORTANT
NUPHOS


LABORATOIRES PROBIOS
1, AVENUE PASTEUR
PARIS XVe
J. LESQUENDIEU
PHARMACIEN
PROBIOS INTESTINAL
EN AMPOULES BUVABLES
spécialement indiqué dans les cas d'Entérites, Colites, Syndrome entéro-rénal, Stases, Diarrhées saisonnières, Diarrhée des nourrissons et tous états toxi-infectieux
PROBIOS ANTIPYOGENE. Ampoules et Pommade-Infections pyogenes et staphylococcies
PROBIOS ANTI B. COLI. - PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES. - POMMADE NASALE.
Littérature et échantillons gratuits sur demande aux
Laboratoires PROBIOS, 1, Rue E.-Duclaux (ex Avenue Pasteur) PARIS-XVe


ANTISEPTIQUE URINAIRE
SEUL DÉCONGESTIF PELVIEN
SÉDATIF GÉNITAL
MICTASOL

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE

G. Bendandi. ***La réaction de Wohlgemuth dans les traumatismes du pancréas; recherches expérimentales*** (*Bullettino delle Scienze mediche*, série XI, t. I, n° 3, Mai-Juin 1933). — La réaction de Wohlgemuth a pour but de doser dans le sérum ou les urines le pouvoir amylolytique; des trois techniques successivement proposées par Wohlgemuth, celle du quart d'heure est préférable à celles de la demi-heure et des 24 heures (temps pendant lequel l'amidon est soumis à l'action du liquide à étudier).

B. a produit chez le chien des traumatismes variés du pancréas (écrasement, résection partielle, injection interstitielle de bile ou de teinture d'iode) et suivi à l'aide de la réaction de Wohlgemuth les variations du pouvoir amylolytique dans le sérum et l'urine; dans 8 cas sur 9, le pouvoir a augmenté, mais l'augmentation parfois nette dès la 4e heure ne se produit dans d'autres cas qu'à la 24e; elle se poursuit pendant 2 ou 3 jours; les oscillations continuelles du pouvoir diastasique rendent nécessaires des déterminations successives; une seule réaction n'a guère de valeur. Pour toutes ces raisons, il est peu probable que la réaction de Wohlgemuth puisse rendre des services dans le diagnostic des traumatismes du pancréas, qui doit être très précoce; par contre, elle sera probablement très utile dans les cas où se produit une pancréatite chronique scléreuse.

Lucien Rouquès.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

M. Kaware. ***La kératodermie palmaire progressive*** (*The japanese journal of dermatology and urology*, t. XXXIV, n° 6, Décembre 1933). — Dohi a décrit sous le nom de *Keratodermia tylodes palmaris progressiva* une affection qui s'observe chez la femme, entre 15 et 45 ans, et qui débute vers 14-18 ans, souvent après la première menstruation, habituellement au printemps ou en été.

Les premiers symptômes apparaissent au médius, à l'index ou au pouce de la main droite; la peau de l'extrémité de la pulpe des doigts devient sèche; les sillons de la peau s'effacent; la surface devient brillante, cireuse. Il existe en même temps une rougeur, une desquamation et une induration de la peau, avec ça et là des fissures et des rhagades.

L'affection progresse lentement, envahit les autres doigts et la paume de la main. Les lésions s'aggravent avec le travail manuel (couture, lavage), et aussi en hiver. Les ongles sont souvent épaissis et striés.

Les malades se plaignent surtout de sécheresse de la peau et dans les cas graves de brûlures et de douleurs au niveau des rhagades.

Histologiquement, on trouve de la parakélratose, de l'acanthose, mais pas de spongiose. La couche papillaire est infiltrée de cellules rondes ou de cellules jeunes; les capillaires sont dilatés et épaissis.

Un tiers des malades présente des troubles menstruels. La pression sanguine varie souvent d'un bras à l'autre; elle est ordinairement plus élevée à droite. Le sang montre habituellement une augmentation des cellules granuleuses, une diminution des éosinophiles, des neutrophiles et une lymphocytose relative.

On note souvent chez les malades une hypertonie du système nerveux végétatif.

Il semble s'agir dans cette affection d'un trouble endocrinien, surtout caractérisé par un hyperfonctionnement thyroïdien et un hypofonctionnement de l'ovaire.

R. Burnier.

H. Otuska. ***Kyste solitaire du rein*** (*The japanese journal of dermatology and urology*, t. XXXIV, n° 6, Décembre 1933). — Les kystes solitaires du rein sont relativement rares et Brackel, en 1890, en avait rassemblé 22 cas dans la littérature.

A propos d'un cas personnel, O. a réuni 13 cas de kystes solitaires du rein publiés au Japon entre 1903 et 1933.

Sur les 13 cas, on notait 2 enfants de 6 et 7 ans et des adultes de 30 à 40 ans (7 hommes et 6 femmes). La plupart des statistiques relatent au contraire 2 fois plus de femmes que d'hommes.

Le kyste siège ordinairement d'un seul côté : 8 fois à gauche, 4 fois à droite; dans un cas, il existait de chaque côté d'un rein en fer à cheval.

La majorité des kystes sont uniloculaires; dans un cas, le kyste était multiloculaire et dans un autre il y avait 2 kystes solitaires d'un rein.

Les parois sont formées de tissu fibreux; parfois on note une légère infiltration de lymphocytes et de cellules migratrices, une ossification ou une calcification, et la présence de fibres musculaires, non striées. La face interne du kyste n'a pas d'épithélium ou bien est tapissée d'une seule couche d'un épithélium cylindrique.

Le contenu est un liquide hémorragique ou séreux; on peut y trouver des cylindres, de l'urée et de l'acide urique.

Comme complication, on trouva 2 fois une autre malformation du rein, 2 fois une inflammation, 1 fois une tuberculose rénale et 1 fois une hydronéphrose infectée.

Le diagnostic est rarement fait avant l'opération (sauf dans 2 cas). Le pronostic opératoire est ordinairement favorable.

Au point de vue pathogénique, on admet habituellement que le rein kystique solitaire est une sorte de malformation, due à un arrêt de développement.

R. Burnier.

Ito et Miki. ***Leucomélanodermie généralisée post-érythrodermique après un traitement par la trypaflavine*** (*The japanese journal of dermatology and urology*, t. XXXV, n° 1, Janvier 1934). — Si les coups de lumière s'observent fréquemment sur la peau des parties découvertes après les injections intraveineuses de jaune d'acridine, les leucomélanodermies généralisées d'origine acridinique sont rares.

Chez un homme de 26 ans traité pour une blennorragie par des injections de trypaflavine tous les 2 jours, I. et M. ont observé un mois après les dernières injections, qui s'accompagnèrent de fièvre, une érythrodermie généralisée exfoliante, qui dura 2 mois. A ce moment, les cheveux et les ongles étaient en grande partie disparus et la peau avait presque entièrement perdu son pigment. Sur un fond achromique, on notait sur la peau de tout le corps (sauf le cuir chevelu, la paume des mains et la plante des pieds) des taches brunes ou noirâtres ressemblant à une carte géographique.

La formule sanguine est la suivante : leucocytes 9.000; poly-neutrophiles, 50 pour 100; éosinophiles, 10 pour 100, lymphocytes, 35 pour 100, grands mononucléaires, 5 pour 100.

Histologiquement l'épiderme est normal, mais on note une dégénérescence du corps muqueux de Malpighi; la mélanine est très abondante partout, sauf autour du follicule dégénéré.

Les symptômes observés dans ces cas se rapprochent beaucoup de ceux que Dohi a constatés dans un cas d'érythrodermie post-salvarsanique et où il concluait que la dyschromie causée par l'arsénobenzène était due à un trouble neuro-végétatif. Il est probable qu'on doit aussi invoquer ce même mécanisme dans l'érythrodermie post-acridinique.

R. Burnier.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

L. Dybowski. ***Conditions et limites d'acclimatement à l'altitude chez les aviateurs*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XIII, n° 1, 1er Janvier 1934). — Les progrès techniques réalisés par l'aviation moderne ont largement dépassé les possibilités physiologiques de l'homme. Les progrès nouveaux ne seront réalisés qu'à condition de préserver l'aviateur du froid et de lui fournir de l'oxygène respirable.

D. discute les conditions de l'adaptation des aviateurs au froid et à l'insuffisance d'oxygène. L'aviateur doit être protégé du froid, de façon à ne pas perdre plus de 8 à 12 millicalories par centimètre carré. Les vêtements en cuir glacé et fourrure de renne ont donné jusqu'à maintenant le maximum de garantie. Ils peuvent être remplacés avantageusement, surtout pour les hautes altitudes, par les peaux de moutons de Lithuanie, d'un prix de revient sensiblement inférieur.

Au point de vue du besoin d'oxygène, D. divise l'atmosphère en plusieurs zônes de vols : 1° de 300 m. à 1.000 m.; 2° de 1.000 à 2.500 m.; 3° aux altitudes de 2.500 à 6.000 m., les vols sans inhalateurs peuvent être effectués seulement par des aviateurs particulièrement entraînés; 4° pour la zône de 6.000 à 9.000 m. les inhalateurs sont indispensables et les aviateurs contraints à faire le minimum d'efforts; 5° La zône de 9.000 à 14.000 dépasse pratiquement les limites de la résistance humaine. Les inhalateurs actuels ne permettent pas l'inhalation de l'oxygène pur à 100 pour 100 insuffisant, même à ce taux, sous une pression aussi basse (200 à 100 mm. de Hg).

Les ascensions à ces altitudes ne sont réalisables que par des sujets d'élite.

Fribourg-Blanc.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

G. Cheney. ***Leucémie myéloïde chronique avec ascite simulant un syndrome de Banti*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXI, nos 1-2, 29 Janvier 1934). — Les deux observations que relate C. montrent avec quelle facilité une leucémie myéloïde chronique s'accompagnant d'ascite peut être prise pour une maladie de Banti, surtout quand elle affecte le type aleucémique. Le diagnostic différentiel est pourtant d'importance, car la splénectomie, salvatrice dans un cas, est fatale dans l'autre.

Le premier malade, un homme de 55 ans, porteur depuis 2 ans 1/2 d'une grosse rate, présentait une anémie marquée accompagnée de leucopénie avec un taux de myélocytes allant de 4 à 38 pour 100 et des hématémèses à répétition. On pensa d'abord à une leucémie myéloïde. La radiothérapie améliora l'état général, mais la rate ne diminua pas. De l'ascite apparut et le diagnostic de maladie de Banti sembla plus vraisemblable. Le malade put quitter l'hôpital pendant quelques mois, mais son asthénie et ses douleurs dans le flanc gauche l'y ramenèrent. Les leucocytes avaient augmenté (16.000). On se décida à enlever la rate qui offrait l'image typique d'une transformation myéloïde. La mort s'ensuivit rapidement. L'autopsie montra une thrombose de la veine splénique et une thrombose recanalisée de la veine porte.

Dans le second cas qui concerne un homme de 53 ans, la splénomégalie persista durant 6 et 7 ans et demi. La formule sanguine rappela au début une érythrémie (G. R. 7.000.000). Une anémie progressive lui succéda, les chiffres de globules blancs et l'équilibre leucocytaire se montrèrent peu caractéristiques jusqu'aux 3 derniers mois, les

myélocytes faisant défaut presque jusqu'à la fin. De l'ascite apparut tardivement. L'autopsie montra une leucémie myéloïde.

C., après avoir passé en revue les quelques cas de leucémie myéloïde chronique avec ascite qui ont été publiés, envisage les causes possibles de l'ascite dans cette affection. La seule cause bien établie est la thrombose portale. La compression obstruant la circulation portale ou lymphatique, les troubles de la pression osmotique des colloïdes pourraient également intervenir.

L'étude minutieuse et répétée des globules blancs du sang semble pouvoir rendre possible le diagnostic différentiel, bien qu'on ait publié des cas de maladie de Banti à formule sanguine rappelant celle de la leucémie. P.-L. Marie.

F. Möller. ***Pression sanguine et pression céphalo-rachidienne lors de la respiration de Cheyne-Stokes*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXI, nos 1-2, 29 Janvier 1934). — M. a étudié la pression du liquide céphalo-rachidien dans 4 cas de respiration de Cheyne-Stokes accompagnant des états pathologiques divers : thrombose des sinus, hémorragie cérébrale, décompensation cardiaque, cardiosclérose. Dans tous ces cas il a trouvé une augmentation de la pression moyenne du liquide céphalo-rachidien et, en outre, des oscillations de la pression accompagnant les modifications de la respiration : élévation de pression pendant l'hyperpnée, baisse pendant l'apnée, les modifications respiratoires précédant légèrement les variations de la pression céphalo-rachidienne.

Il y a lieu de penser que dans ces cas la respiration périodique reconnaît en partie le même mécanisme que le Cheyne-Stokes produit expérimentalement par l'augmentation de la pression intracranienne. Le Cheyne-Stokes n'apparaît pas tant que la pression sanguine se maintient à son maximum. Ce n'est que lorsqu'elle baisse que l'engrenage compliqué qui existe entre pression du liquide céphalo-rachidien, pression sanguine et respiration entre en jeu, se manifestant cliniquement sous forme d'oscillations de la pression céphalo-rachidienne; d'ondes périodiques d'élévation et de dépression de la pression artérielle (ondes de Traube-Hering), de respiration de Cheyne-Stokes. Dans le Cheyne-Stokes d'origine cérébrale on trouve donc souvent une pression céphalo-rachidienne élevée, mais une pression sanguine relativement basse.

Certains des cas relatés ici plaident en faveur de l'opinion que les mêmes conditions existent dans le Cheyne-Stokes des cardio-rénaux que dans le Cheyne-Stokes des cardiaques; on doit donc s'attendre à trouver là aussi une pression exagérée du liquide céphalo-rachidien, mais, pour se prononcer définitivement, il faut de nouvelles observations.

B. G. Rubinstein (Odessa). ***A propos des cellules nerveuses, à double noyau, rencontrées dans le système nerveux central, et en particulier dans le thalamus, dans la démence précoce et quelques autres psychoses*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXI, nos 3-4, 6 Mars 1934). — Les cellules nerveuses à double noyau, qui se rencontrent aussi bien dans la moelle que dans le cerveau, sont une trouvaille extrêmement rare dans le système nerveux central de l'homme. Parmi toutes les parties du système nerveux examinées par R., écorce cérébrale, corne d'Ammon, couches optiques, corps strié, cervelet, bulbe, moelle épinière, elles se voient le plus souvent dans la région supéro-antérieure du thalamus (noyau latéral).

Dans la démence précoce, les cellules à double noyau se rencontrent au niveau du thalamus dans tous les cas, qu'ils soient récents ou anciens. Dans les cerveaux provenant de sujets sains elles n'existent que dans la moitié des cas et alors en très petit nombre; on les trouve plus souvent dans le thalamus lors d'autres psychoses, paralysie générale, épilepsie, etc. (60 à 65 pour 100 des cas examinés).

Comparées aux cellules ganglionnaires voisines, les cellules à double noyau ont de plus grandes dimensions; elles sont mieux conservées et ne présentent pas d'inclusions graisseuses. R. n'y a jamais constaté de karyokinèses et il n'a vu que très rarement un début de segmentation. Il lui a été impossible d'établir un rapport entre le nombre des cellules à double noyau d'une part, et le degré de dégénérescence pigmentaire des cellules nerveuses du noyau latéral du thalamus et les altérations progressives de la névroglie d'autre part. Dans la moitié des cas les cellules à double noyau se trouvent à côté des vaisseaux sanguins.

En ce qui concerne la genèse des cellules à double noyau du noyau latéral du thalamus dans la démence précoce, R. admet, à côté des anomalies de développement, la possibilité d'une origine post-embryonnaire résultant d'une division amitotique du noyau. Selon toute apparence, la division incomplète des cellules nerveuses qui aboutit à la formation de formes binucléées représente une réaction de nature dégénérative des cellules nerveuses aux processus pathologiques du voisinage.

La présence des cellules à double noyau dans la partie supéro-antérieure du thalamus est une constatation très caractéristique dans la démence précoce, mais elle n'est pas pathognomonique de cette affection. Dans certains cas de démence précoce on rencontre aussi quelques cellules à double noyau dans d'autres parties du système nerveux (cortex, cervelet, etc.), mais ce n'est là qu'un hasard et leur fréquence dans ces régions correspond à celle constatée dans d'autres psychoses.

P.-L. Marie.

O. Christensen et **A. Schultz** (Copenhague). ***Valeur des modifications du temps d'évacuation de l'estomac*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXI, nos 3-4, 6 Mars 1934). — C. et S. réhabilitent la valeur des renseignements que fournit la détermination du temps d'évacuation gastrique lorsqu'il s'agit de comparer l'état de l'estomac à différents moments de l'évolution d'une affection de cet organe, la radiologie et l'examen du suc gastrique après repas d'Ewiold ne rendant guère service en pareil cas.

Ils emploient comme repas d'épreuve celui de Kemp (riz 60 gr., lait 250 gr., 8 pruneaux cuits, 1 cuillerée à soupe d'airelles). Toute rétention macroscopique au bout de 6 heures doit être considérée comme le signe d'un trouble dans les fonctions gastriques. La tendance que présentent les résultats de cette épreuve à se modifier parallèlement avec les troubles accusés par le malade la rend précieuse pour se rendre compte de l'efficacité du traitement, surtout quand on la répète. C. et S. montrent, examens à l'appui, que cette épreuve de la rétention gastrique 6 heures après repas de Kemp ne peut être remplacée par l'examen radiologique 5 heures après repas opaque, cette dernière méthode donnant moins de résultats positifs avec les mêmes patients et ne renseignant pas sur la gravité du trouble gastrique en cas où le résultat est positif.

P.-L. Marie.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Juon. ***Les métastases viscérales des épithéliomas cutanés métatypiques*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 4, Novembre 1933). — Une femme de 75 ans présente au poignet une lésion verruqueuse datant de 5 ans et offrant tous les caractères cliniques d'un cancroïde. Mais histologiquement, au lieu de trouver un épithélioma spino-cellulaire, on fut étonné de trouver la structure d'un épithélioma métatypique intermédiaire.

Ultérieurement apparurent des métastases ganglionnaires, puis une généralisation de métastases dans les poumons, le foie, les reins, l'intestin grêle. Or, dans toutes les tumeurs métastatiques, on retrouve la structure d'épithélioma métatypique.

Cette unité dans la structure conservée par la tumeur jusqu'au terme de son évolution justifie bien l'individualité histologique des épithéliomas métatypiques intermédiaires, décrits par Darier et Ferrand.

On sait que ces auteurs ont désigné sous ce nom des épithéliomas cutanés formant une transition entre les deux classes habituelles, les baso-cellulaires d'une part et les spino-cellulaires d'autre part.

R. Burnier.

Salkan. ***L'épidémiologie et l'étiologie des nodosités des trayeurs*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XIV, fasc. 4, Novembre 1933). — A propos de cas personnels, S. étudie cette lésion qu'il considère comme une infection dont la source est la vache malade. Les différents examens histo-pathologiques montrent l'identité du virus des nodosités et de l'éruption papulo-pustuleuse qu'on observe sur les mamelles des vaches malades.

Le virus des nodosités et de la maladie des vaches, qui provoque une réaction identique des cellules épidermiques et détermine la formation de corpuscules d'inclusions nucléaires, appartient à la catégorie des virus filtrants.

Le virus des nodosités est voisin du virus de la variolo-vaccine, mais il ne lui est pas identique. En effet l'immunité contre la variole ne protège pas contre les nodosités. Les sujets qui n'ont jamais été vaccinés et qui n'ont pas eu la variole peuvent être atteints de nodosités dont l'évolution et le caractère histo-pathologique sont absolument identiques à celles des malades qui ont eu la variole ou qui ont été vaccinés.

Les nodosités des trayeurs peuvent récidiver au bout de 6 semaines.

S. considère la maladie des trayeurs comme une affection paravaccinale, au sens de Pirquet, dont le virus a des particularités qui le distinguent de celui de la variolo-vaccine.

L'injection intracutanée du suc des nodosités a une certaine valeur thérapeutique, en ce sens qu'elle abrège la durée de la maladie.

R. Burnier.

NORDISK MEDISINSK TIDSKRIFT (Upsala)

Gunnar Agren. ***La forme érystaline de la sécrétine*** (*Nordisk medisinsk tidskrift*, t. VI, 10 Février 1934). — Le laboratoire chimique du Karolinska Institutet, de Stockholm est arrivé à réduire de la sécrétine cristallisée. La substance est stable et très active; l'action n'en était pas diminuée après 5 mois.

Le poids moléculaire est d'environ 5.000, et les analyses démontrent que la sécrétine est une protéine.

Des recherches sur les propriétés chimiques et pharmacodynamiques de la substance sont en cours.

Jacobsen.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS-MÉDICAL

V. Cordier et **P. Bouquin** (Lyon). ***L'atélectasie pulmonaire au cours des hémoptysies*** (*Paris-Médical*, t. XXIV, n° 7, 17 Février 1934). — Chez un malade de 17 ans, atteint de syphilis congénitale, avec infantilisme, surdité unilatérale, double hydarthrose, une hémoptysie avec matité presque totale d'un hémithorax, avec silence respiratoire à peu près complet et quelques râles, fit faire le diagnostic de syphilis pulmonaire.

Sur un deuxième cliché radiologique, le poumon ayant repris une transparence normale, on fit le diagnostic d'atélectasie pulmonaire post-hémoptoïque.

La pathogénie de cet accident est encore imprécise, on peut émettre l'hypothèse que l'atélectasie favorisée par une oblitération bronchique passagère est surtout réflexe.

Au point de vue thérapeutique, si l'attraction cardiaque est très importante et gênante, il faut faire un pneumothorax artificiel de compression et de contro-rétraction. Si au contraire l'atélectasie est bien supportée, la temporisation est préférable.

Robert Clément.

Ch. Oberling et **M. Guérin**. ***Les rapports entre leucémie et cancer à la lumière de recherches expérimentales récentes*** (*Paris-Médical*, t. XXIV, n° 11, 17 Mars 1934). — Au point de vue physiopathologique, les leucémies sont voisines du cancer puisqu'elles sont caractérisées par la prolifération anormale et exubérante d'une lignée cellulaire avec infiltration de certains tissus et organes. Il existe des observations où leucémie et sarcome existent simultanément. Dans la leucosarcomatose de Sternberg, la prolifération des éléments lymphoïdes prend un caractère envahissant et réalise des images typiques de lymphosarcome.

En inoculant au poulet le sarcome de Rous, on voit se succéder de passage en passage des tumeurs de type varié et aussi des leucémies, mais on peut objecter qu'il y a là des coïncidences ou que l'on greffe en même temps des cellules cancéreuses et du sang contenant du virus leucémique.

O. et G. ont cherché à réaliser des conditions expérimentales plus démonstratives, pour montrer l'aptitude cancérigène du virus leucémique transmissible des poules. D'abord ils ont sans succès augmenté la réceptivité de certaines cellules fixes de l'organisme qui fixent électivement le virus leucémique, ou drainé le virus vers des cellules jeunes, embryonnaires ou inflammatoires, ou exalté la virulence par une série de passage à de jeunes poulets. C'est en atténuant le virus par un séjour prolongé à la glacière ou dans la glycérine qu'ils ont obtenu dans le foie, la rate, le rein et le corps thyroïde des cellules réticulaires ou histiocytaires en prolifération active, formant des amas ou des nappes compactes, d'apparence nettement tumorale. En poursuivant les inoculations d'une souche hémocytoblastique, conservée de même façon, ils ont obtenu des manifestations leucémiques atténuées et passagères et, chez un grand nombre d'animaux, une masse tumorale au niveau du point d'inoculation. Sur 14 tumeurs ainsi obtenues, 3 présentaient la structure de granulome, 11 réalisaient l'image typique d'un sarcome, tantôt fuso-cellulaire pur, tantôt fuso-cellulaire avec des régions myxoïdes rappelant l'aspect du sarcome de Rous. La greffe de ces tumeurs a conduit de nouveau à la leucémie.

Il y a des différences entre les leucémies des mammifères et celles des poules ; cependant, on est frappé par certaines analogies, et s'il existe des relations aussi étroites entre la leucémie et certains cancers c'est probablement que le même agent réalise l'une ou l'autre de ces lésions.

Robert Clément.

J. Rachet. ***Le traitement médical des fissures annales*** (*Paris-Médical*, t. XXIV, n° 14, 7 Avril 1934). — Il faut distinguer 3 variétés de fissures. Le traitement de la *fissure simple* peut être souvent considéré comme un traitement d'urgence. L'emploi des injections sclérosantes sous-fissuraires peut avantageusement remplacer l'acte chirurgical, sans anesthésie et sans immobilisation, par un traitement strictement ambulatoire, d'action rapide et presque toujours immédiate. La technique consiste à injecter sous la fissure, c'est-à-dire sous la muqueuse, quelques gouttes d'une substance à la fois analgésiante et sclérosante comme le chlorhydrate double de quinine à 5 pour 100. Le seul inconvénient réside dans l'intensité de la brève douleur qui accompagne l'injection. Pour diminuer celle-ci, il faut réduire l'injection à quelques gouttes, bien réparties sous tout le trajet en retirant l'aiguille tout en poussant la solution.

Sur 40 fissures ainsi traitées depuis 2 ans, 39 furent entièrement guéries. 20 fois après une ou deux injections sous-fissuraires la cicatrisation se produisit en 4 jours, les 19 autres présentèrent les jours suivants une ulcération plus large non douloureuse, qui cicatrisa plus lentement, mais dès la première injection les douleurs avaient été soulagées.

Le traitement des *fissures évoluées* est variable. Quand il s'agit d'une plaie récente qui succède à la dilatation chirurgicale ou à un traitement par injection sclérosante, il suffit d'un antiseptique banal pour obtenir la cicatrisation. La pommade au collargol, les attouchements au nitrate d'argent sont très efficaces. S'il s'agit d'un ulcère atone, il faut aviver le bord et le fond de l'ulcère pour le transformer en plaie vivante. L'étincelage diathermique qui crée une escarre, laissant après elle une plaie avivée et saignante, est une des meilleures méthodes.

Le traitement des *fissures compliquées ou associées* à une suppuration locale est plus difficile. Il faut mettre à jour et à plat les petits abcès superficiels. Pour les fistules, seul le traitement chirurgical est indiqué. Pour guérir les fissures multiples et récidivantes, il faut débarrasser les malades des petites excroissances périanales, condylomes, marisques, polypes, au niveau desquels se déchire le plus souvent la muqueuse anale.

Le traitement prophylactique des fissures consiste à modifier le terrain, supprimer les hémorroïdes, éviter la constipation, interdire les purgatifs et les laxatifs irritants et faire une toilette minutieuse des plis radiés après la défécation.

Robert Clément.

R. Soupault. ***Le rétrécissement cardio-œsophagien « essentiel ». Ses caractéristiques et son traitement*** (*Paris-Médical*, t. XXIV, n° 14, 7 Avril 1934). — Les rétrécissements de l'œsophage intérieur, non néoplasiques, non cicatriciels, de nature indéterminée, ne seraient pas très rares. Ils siègent dans le dernier segment de l'œsophage sur une étendue de 4 à 6 centimètres et sont constitués par un manchon fibreux, plus ou moins scléreux ou lamelleux, formant un véritable étui inextensible. A la coupe, les faisceaux de fibres musculaires lisses, dans un cas, étaient dissociés par un tissu collagène anormalement abondant, sans traces de lésions inflammatoires. Au-dessus du rétrécissement, existe une dilatation, fusiforme ou saxiforme.

Le tableau clinique de cette affection est encore imprécis. Le début est généralement brusque, inattendu, chez les sujets qui rétrospectivement se souviennent avoir perçu depuis longtemps une petite douleur rétro-sternale. Au cours d'un repas, la traversée œsophagienne est interrompue, l'aliment est rejeté, régurgité et non vomi, non modifié par le suc gastrique. Ce jour-là, rien ne passe, ni solides, ni même liquides. Le soir même ou le lendemain tout est fini, à moins que les accidents ne se répètent 2 ou 3 jours de suite, ce qui est rare. Par la suite, des accidents semblables réapparaissent à intervalles des plus variables. A la longue, ces sujets restent de longs jours sans se nourrir et maigrissent dans des proportions extraordinaires. Les régurgitations sont fréquentes alors que le malade ne vomit pas.

La radiologie et l'œsophagoscopie confirment l'existence d'un rétrécissement.

Plutôt qu'un rétrécissement inflammatoire, S. croit qu'un spasme était au début l'agent fondamental qui entraînerait ensuite des modifications structurales de la couche musculaire de l'œsophage et une rétraction bientôt fixée par la transformation des fibres lisses élastiques en un tissu scléreux inextensible.

Les dilatations œsophagiennes améliorent les sujets dans la majorité des cas et rendent l'affection compatible avec une vie normale. Ce n'est qu'après échec dûment constaté qu'il faut recourir à l'intervention. Après s'être assuré qu'il s'agit bien d'un rétrécissement « essentiel », il faut rejeter les opérations graves et même la dilatation forcée par voie endoscopique. Par voie abdominale, on libère les 5 à 6 centimètres inférieurs de l'œsophage. Sur une sonde cannelée on incise l'étui fibreux rendant à sa muqueuse sa liberté sur toute la hauteur désirable. C'est une véritable œsophago-cardiotomie extra-muqueuse analogue à la pylorotomie de Fredé, qui a l'immense avantage de ne pas ouvrir l'œsophage, de ne nécessiter aucune suture, aucune résection. 6 fois pratiquée cette opération a donné d'excellents résultats se maintenant dans un cas depuis 2 ans et 8 mois.

Robert Clément.

G. Etienne et **P. Louyot** (Nancy). ***La vagotonine et son action thérapeutique cardiovasculaire*** (*Paris-Médical*, t. XXIV, n° 19, 12 Mai 1934). — Dans 6 observations d'hypertension artérielle chez des sujets ayant de 32 à 63 ans et porteurs d'affections diverses, l'injection quotidienne de vagotonine, en général à la dose de 20 milligr., entraîne un abaissement des chiffres de la tension artérielle plus évidents chez les sujets où les artères ont gardé une certaine élasticité. L'action hypotensive n'est pas uniquement momentanée, elle semble se maintenir un certain temps. Chez ces sujets, on a observé en même temps une diminution et même une disparition de douleurs précordiales angineuses, une sensation de bien-être général. Dans 2 cas, la constante d'Ambard fut améliorée.

Chez une femme de 30 ans, atteinte de tachycardie paroxystique essentielle depuis 2 ans, l'excitation du pneumogastrique par l'hormone pancréatique a été démonstrative. 2 minutes après l'injection de 10 milligr. de vagotonine, le pouls s'est ralenti brusquement, il est devenu irrégulier pendant 1 minute pour reprendre sa fréquence antérieure, puis se ralentir à nouveau tandis que disparaissaient les signes subjectifs de la crise tachycardique.

La vagotonine semble ne pas agir sur les troubles de la conductibilité du myocarde, mais est d'un effet indiscutable sur certains déséquilibres de la fréquence du cœur.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DES MALADIES DES REINS ET DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

(Paris)

Ch.-P. Mathé et **E. de la Pena** (San Francisco). ***Traitement actuel de l'hypertrophie prostatique par les méthodes transurétrales*** (*Archives de maladies des reins et des organes génito-urinaires*, t. VII, n° 6, 1933). — Ce très important travail aboutit à des conclusions optimistes dont voici le résumé :

La *résection endoscopique de la prostate* serait applicable à 80 pour 100 des cas de prostatisme. Les succès obtenus dépendent du choix judicieux des cas, de l'attention apportée aux soins pré- et post-opératoires et de l'expérience qu'a le chirurgien du maniement des instruments à résection.

La prostatectomie doit être préférée à la résection endoscopique quand on a affaire à de volumineuses prostates, ou lorsque le malade a dû être cystostomisé parce qu'il était impossible de le sonder, ou quand des déformations acquises ou congénitales de l'urètre rendent l'introduction des instruments urétraux dangereuse ou hasardeuse.

L'anesthésie locale suffit dans la majorité des cas. L'hémorragie doit être jugulée au moment de l'intervention. Les hémorragies secondaires seront prévenues par le maintien d'une sonde à demeure et le repos au lit durant deux semaines. L'épididymite est rare si l'on n'a pas lésé le veru-montanum. Les risques de pyélonéphrite sont très réduits si l'on place après l'opération une sonde à demeure qui draine bien.

Tous les malades (au nombre de 147), opérés, ont résisté à l'opération. Sept parmi eux durent ultérieurement être prostatectomisés : ces cas n'avaient pas été choisis judicieusement, ou bien on n'avait pu enlever assez de tissu. Dans quelques cas, il fallut répéter deux ou trois fois l'opération endovésicale pour guérir le malade.

A la suite de ces traitements endovésicaux, la fonction sexuelle est améliorée et il n'y a pas de stérilité.

G. WOLFROMM.

Robert C. Coffey (Orégon). ***Transplantation des uretères dans l'intestin par la méthode sous-muqueuse*** (*Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, t. VII, n° 6, 1933). — Si un cholédoque, un uretère directement abouchés à l'intestin subissent une dilatation passive qui aboutit rapidement à l'infection des voies sus-jacentes, cela tient à ce qu'ils ne possèdent à leur extrémité intestinale, ni sphincter, ni valvule capable de résister à la pression irrégulière, mais souvent très forte qui règne dans l'intestin.

On ne peut se proposer de donner un sphincter aux conduits ainsi implantés dans l'intestin, car un sphincter est un organe vivant et actif que l'on ne constitue pas aisément. Par contre, on peut se proposer de doter l'extrémité des uretères implantés dans l'intestin d'une valvule, organe inerte et passif dont la création est plus aisée que celle d'un sphincter.

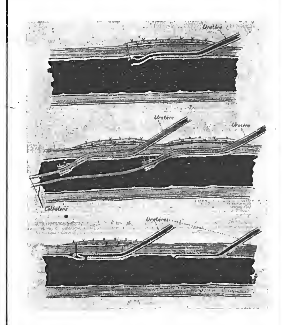
Tel est le but que s'est proposé Coffey et qu'il a brillamment atteint. Il nous donne aujourd'hui un très bel exposé de ces recherches que M. Busser a remarquablement traduit pour les lecteurs français. Nous ne pouvons que résumer ici les conclusions de G. en encourageant tous les chirurgiens à se reporter au texte original.

Un canal destiné à l'écoulement d'un liquide sécrété sous une pression faible et constante vers une cavité musculaire où la pression est élevée et discontinue doit, si l'on veut éviter des reflux nocifs, cheminer pendant quelques centimètres dans la couche sous-muqueuse de l'organe récepteur avant de s'ouvrir dans la cavité de cet organe.

Trois techniques ont été successivement proposées par Coffey.

Technique n° 1 : L'uretère ayant cheminé dans la couche sous-muqueuse est ouvert dans la cavité intestinale au cours même de l'opération.

Technique n° 2 : Une sonde est introduite dans l'uretère, celui-ci chemine dans la couche sous-muqueuse et débouche dans l'intestin muni de sa sonde qui draine l'urine à l'extérieur; de 8 à 15 jours après l'opération le segment urétéral qui est dans la lumière intestinale s'est sphacélé et on retire la sonde: ainsi l'uretère, durant la période de cicatrisation est resté à l'abri d'une contamination d'origine intestinale.



Les trois techniques de réimplantation des uretères dans l'intestin par la méthode sous-muqueuse (Coffey).

Technique n° 3: L'uretère, fermé à son extrémité inférieure, chemine dans la sous-muqueuse où il est fixé. Il ne débouche pas encore dans la lumière intestinale; mais il est en un point uni à la muqueuse par un fil de lin étroitement serré dont on attend le sphacèle progressif des segments d'uretère et de muqueuse intestinale accolés. Au bout de 3 ou 4 jours la communication sera établie entre l'uretère et l'intestin.

La technique n° 1 la plus ancienne met le rein complètement à l'abri de la pression rétrograde et de l'infection intestinale; elle convient à la cure de l'exstrophie.

La technique n° 2 est la méthode de choix dans les cas de fistule vésico-vaginale, de tuberculose vésicale incurables, de cancer de la vessie et dans tous les cas nécessitant une transplantation urétérale chez l'adulte. Elle convient mal chez l'enfant où l'on ne peut utiliser de sondes urétérales assez grosses.

La technique n° 3, quoique toute récente, est pleine de promesses; elle remplacera sans doute la technique n° 1 dans la cure de l'exstrophie.

La mortalité opératoire doit varier entre 5 et 10 pour 100. Elle est plus grande dans les cas de cancer. La technique n° 3 semble devoir donner une plus faible mortalité. Le plus grand nombre des malades reste en bon état de santé apparente. Ils ne sont certes pas à l'abri de la dilatation urétéro-pyélique et de la pyélite intermittente, mais il faut penser à l'état misérable dans lequel ils seraient du fait de leur exstrophie, de leur fistule vésico-vaginale incurable, s'ils n'avaient pas subi cette opération. Les malades en restent très reconnaissants et en acceptent volontiers les risques.

G. WOLFROMM.

L. Ambard, J. Stahl et **D. Kuhlmann.** ***Troubles fonctionnels liés à la déchloruration*** (*Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, t. VIII, n° 1, Janvier 1934). — La clinique nous renseigne mal sur les troubles liés à la déchloruration. Ceux-ci y vont toujours de pair avec les troubles dus à la déshydratation (vomissements).

Les auteurs se sont proposés d'étudier les troubles présentés par des chiens déchlorurés sans avoir été déshydratés. Voici comment ils s'y sont pris : les chiens sont *nourris de viande* pendant plusieurs mois; *ils boivent à leur soif;* on les déchlorure par la méthode suivante : on leur injecte chaque jour 1 à 2 milligr. d'*histamine* qui fait sécréter leur estomac, puis on leur donne quelques centigrammes d'*apomorphine* qui les font vomir. Ainsi leur est soustrait le chlore par la voie gastrique. De plus, on n'ajoute jamais de sel à leurs aliments.

La *chlorémie plasmatique* normale d'un chien est de 4 pour 1.000. On les fait vivre avec une chlorémie de 2,5 à 3 pour 1.000, en leur permettant toutefois à deux reprises et pendant 2 ou 3 semaines au plus un retour au taux normal.

Les résultats de ces expériences sont les suivants :

1° On ne note aucune diminution notable du volume urinaire;

2° Il reste toujours du chlore dans les urines, mais à l'état de traces (1 à 2 centigr. par 24 heures);

3° Il n'y a pas d'albuminurie;

4° L'appétit est suffisamment conservé;

5° Il n'y a pas de perte de poids;

6° La réserve alcaline monte quand le chlore plasmatique décroît. Elle passe de 48 à 107 cmc;

7° Il y a une déshydratation du plasma sanguin. L'indice réfracto-métrique, mesuré au moyen du réfractomètre de Zeiss, passe de 51 à 65 quand le chlore plasmatique passe de 4 à 2,28 pour 1.000;

8° Il y a une chute importante de la concentration maxima de l'urée dans l'urine et une ascension marquée et permanente du taux de l'urée sanguine;

9° Tous ces troubles disparaissent complètement quand on cesse de déchlorurer l'animal.

G. WOLFROMM.

GYNÉCOLOGIE et OBSTÉTRIQUE

(Paris)

Kissling. ***Le Trichomonas vaginalis, son rôle en gynécologie*** (*Gynécologie et obstétrique*, t. XXIX, n° 2, 1934). — Le *Trichomonas vaginalis*, découvert par Donné, est un parasite dont le rôle pathogène est méconnu et qu'on a tort de ne pas rechercher systématiquement dans les pertes blanches; car les leucorrhées et vaginites à trichomonas sont fréquentes. La présence du trichomonas peut être tolérée sans provoquer aucun symptôme; mais, souvent, elle détermine une vaginite présentant des caractères particuliers (pertes abondantes, spu-


QUINIO
STOVARSOL
oxyacétylaminophénylarsinate de Quinine
Combinaison définie de
STOVARSOL
et de
QUININE
particulièrement
active pour le
traitement
de
la
MALARIA
PRÉSENTATION
EN TUBES DE
20 COMPRIMÉS
DOSÉS À 0gr25
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS-8e

meuses, à odeur de moisi, sans érosion du col, non améliorées par le traitement ordinaire et retentissant sur l'état général). Cette vaginite réagit de façon quasi spécifique au traitement; le rôle pathogène du *Trichomonas vaginalis* ne saurait être nié, d'autant plus que sa disparition coïncide avec la guérison. Il y a donc lieu à rechercher systématiquement ce parasite et K. en indique la technique. La fréquence des leucorrhées à trichomonas diminue avec l'âge; elle atteint son maximum entre 18 et 35 ans. Le traitement usuel des leucorrhées par des injections vaginales au permanganate de potasse, aux composés chlorés, etc., n'a aucun effet. Différents traitements ont été employés, entre autres l'application du sublimé, de mercurochrome, etc., qui, entre les mains de certains auteurs, ont donné de bons résultats [l'auteur ne cite pas les préparations d'oxyquinoléine qui sont assez communément employées]. D'après K. et son maître R. Kœnig, le traitement de choix consiste dans l'application de pilules de Yatren 105, suivie d'ovules à la glycérine boratée à 5 pour 100. Le traitement bien conduit amène généralement à la disparition assez rapide du trichomonas et à la disparition des phénomènes inflammatoires. Cependant, il est nécessaire, avant d'interrompre le traitement, de s'assurer que le trichomonas a définitivement disparu; on constate fréquemment des rechutes après les règles, devenant de moins en moins graves au fur et à mesure qu'on s'obstine à les traiter. Les rechutes sont probablement dues à des formes enkystées, inaccessibles au traitement.

Exceptionnellement le trichomonas est trouvé à l'état isolé; le plus souvent, on le trouve associé à une flore nombreuse de cocci. L'association avec le gonocoque est rapportée par plusieurs auteurs; K., dans son excellent travail, l'a trouvée dans deux cas. Cette association, comme toutes celles dans lesquelles entre le gonocoque, est de courte durée.

Henri Vignes.

A. Fruhinsholz. *Méningites tuberculeuses du post-partum* (*Gynécologie et obstétrique*, t. XXIX, n° 3, 1934). — La méningite bacillaire peut apparaître à tous les stades de la grossesse et du puerpérium. La période du *post-partum* ou du *post-abortum*, qui peut provoquer ou favoriser un essaimage granulique généralisé, peut, en particulier, favoriser l'essaimage à localisation méningée. Ce sont ces faits qu'étudie F. De ces manifestations, il faut distinguer celles qui, ayant commencé pendant la gestation, continuent leur évolution dans le *post-partum* et celles qui sont susceptibles d'éclore plus de 6 semaines après un accouchement normal ayant eu des suites normales et dont le rapport avec la puerpéralité est discutable.

L'accouchement et l'avortement sont capables pour des raisons dont quelques-unes sont mécaniques (ruptures tissulaires, ouverture de foyers mis en contact avec des orifices vasculaires, réactions vasomotrices brutales, disparition subite de certains épaulements lentement édifiés) et dont les autres sont biologiques (toutes les causes de moindre résistance, anergie, etc.), de fournir au bacille de Koch les moyens d'essaimer sous la forme granulique; la méningite bacillaire trouve, ainsi, une occasion de naître.

Cette méningite tuberculeuse peut apparaître: *a*) soit, exceptionnellement, dans le *post-partum* immédiat (les 15 jours ou trois semaines qui suivent immédiatement l'accouchement); *b*) soit dans le *post-partum* médiat, c'est-à-dire entre la troisième et la sixième semaine (méningite différée ou à retardement). La méningite bacillaire du *post-partum médiat* est généralement reliée à l'accouchement ou à l'avortement par un état pathologique intermédiaire qui établit la transition entre l'acte déchaînant (parturition) et son effet second (bacillémie). Cet état pathologique de transition répond tantôt à une étape d'infection qui, cliniquement, apparaît sous les dehors d'une infection puerpérale banale, tantôt à une étape subfébrile sans signification clinique aussi nette, après quoi le drame méningé passe au premier plan.

Le foyer bacillaire infectant peut être pleural, ou pulmonaire, ou génital. A côté des foyers identifiés et prouvés de la zone génitale (utérine ou péri-utérine), il y a des foyers présumés de la même zone, sur l'existence desquels on n'aura d'indications précises qu'après avoir, de nouveau, procédé à l'examen histologique ou bactériologique systématique.

Dans 4 des observations de l'auteur, il y a des anomalies cotylédonnaires et l'on peut en déduire la possibilité d'anomalies de la muqueuse utérine en rapport, peut-être, avec des lésions bacillaires de celle-ci.

Des observations antérieurement publiées apportent la preuve d'une association possible de l'infection bacillaire avec l'infection streptococcique. Celles de F. apportent des arguments en faveur de l'existence de septicémies bacillaires prenant immédiatement la suite de certaines infections puerpérales et en faveur de septicémies bacillaires trouvant leurs conditions d'éclosion dans les ruptures de contact que l'accouchement réalise inévitablement entre l'œuf et son support maternel.

Henri Vignes.

L'HYGIÈNE MENTALE (Paris)

H. Simonnet. *L'instinct combattif. Ses rapports avec l'instinct sexuel* (*L'Hygiène mentale*, t. XXIX, n° 1, Janvier 1934). — Dans ce numéro de l'*Hygiène Mentale*, consacré à la sexologie, S. présente la synthèse des données acquises sur l'instinct combattif. Il en développe l'analyse psychologique dans les différentes espèces et aux différents âges. Chez l'homme, l'instinct combattif atteint son maximum entre 9 et 12 ans; plus tard, il subit une canalisation et une sublimation progressives.

S. étudie parallèlement l'instinct sexuel, ses rapports avec les rythmes de l'activité génitale, avec les sécrétions des glandes endocrines.

L'instinct combattif dérive de l'instinct fondamental de conservation. Mais il reçoit une stimulation remarquable de l'instinct sexuel, surtout mâle, dont les variations coïncident avec les siennes.

G. d'Heucqueville.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE (Paris)

P.-L. Drouet, Vérain et L. Colleson. *Action de l'extrait post-hypophysaire sur le chlore sanguin* (*Revue Française d'Endocrinologie*, t. XII, n° 1, Février 1934). — L'injection d'extrait post-hypophysaire fait baisser l'acidité gastrique dans l'hyperchlorhydrie, l'ulcère gastro-duodénal comme chez le sujet normal, et comme l'a signalé J. Simonin, le chlore globulaire et plasmatique diminue aussi, tandis que la chlorurie augmente.

Pour étudier ces faits, les auteurs ont réuni 20 observations dans un tableau où ils ont noté:

Le volume du plasma et des globules, pour en suivre les variations, synthétisées dans une autre colonne, sous le nom de volume globulaire;

La concentration au litre de plasma et de globules;

Le rapport érythro-plasmatique;

Le poids de chlore globulaire et plasmatique réparti dans un litre de sang en fonction des variations du volume globulaire.

En ce qui concerne le chlore globulaire, ils ont remarqué que l'extrait post-hypophysaire le fait baisser quand il est normal ou élevé; et que, au contraire, il le fait monter quand il est trop bas, ou que le sujet présente une lésion importante de la région tubéro-hypophysaire.

Les variations du chlore plasmatique sont plus difficiles à interpréter à cause de l'intervention de deux facteurs: la dilution du plasma et l'émonctoire rénal.

Mais les observations permettent quand même de mettre en évidence le rôle de la glande pituitaire et de la base du troisième ventricule dans la régulation du métabolisme du chlorure de sodium.

Marcel Laemmer.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Braslawsky. *La fièvre wolhynique (accès fébriles quintenaires) durant la paix* (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 5, 2 Février 1934). — La fièvre de 5 jours apparue durant la guerre et survenant alors fréquemment surtout à partir de 1915 a paru disparaître après 1918.

En réalité la rareté des cas observés a fait oublier cette affection qui ne survenait plus par grands foyers épidémiques, mais des cas sporadiques peuvent encore être trouvés.

B. publie quelques observations avec courbes thermiques montrant les accès survenant tous les 5 jours.

La persistance de ces cas isolés, sporadiques dans certaines régions, doit inciter à la prudence car des conditions générales favorisantes pourraient entraîner la réapparition d'épidémies plus ou moins étendues.

G. Dreyfus-Sée.

H. Dekker. *Existe-t-il un asthme nerveux* (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 9, 2 Mars 1934). — A cette question D. répond par la négative absolue. Tout asthme comporte un terrain spécial et un allergène déterminant les sensibilisations, le déclanchement étant habituellement produit par le ou les allergènes. Il est possible que des causes non spécifiques déclanchent de temps à autre les accès, le système nerveux végétatif, le psychisme, et le réflexe pneumo-gastrique pouvant jouer ainsi un rôle accessoire chez les sujets sensibilisés. De même les glandes endocrines n'ont qu'une action épisodique.

Seul l'asthme allergique est de l'asthme vrai. Cette notion essentielle selon D. conduit à instituer un traitement toujours individuel. L'importance de la question apparaît lorsqu'on sait qu'il existe 100.000 sujets invalidés pour asthme en Allemagne.

G. Dreyfus-Sée.

K. Tschötschel. *Contribution à l'étude symptomatique et thérapeutique de l'agranulocytose* (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 9, 2 Mars 1934. — Le sujet observé par T. a présenté une agranulocytose qui a guéri. La cause de l'affection n'a pu être décelée. Le début se fit par des manifestations peu caractéristiques: douleurs sciatiques rhumatoïdes et signes d'altération rénale minime, puis brusquement survint après 15 jours un état septique grave avec leucopénie, agranulocytose presque absolue, fièvre élevée, diarrhée, ictère et anémie. La diarrhée profuse sans cause décelable était particulièrement marquée et tenace.

Au niveau des lésions muqueuses consécutives à des extractions dentaires récentes se développa secondairement une inflammation coïncidant avec plusieurs autres manifestations inflammatoires de la muqueuse mais sans participation osseuse ni

lymphatique. Ultérieurement des furoncles, une pleurésie et des adénopathies compliquèrent l'évolution. Une seule transfusion sanguine détermina une régression brusque et remarquable des signes locaux et généraux; l'influence sur l'image sanguine, observée rapidement, demeura durable: la guérison ainsi obtenue s'est maintenue.

G. Dreyfus-Sée.

J. Hernes. ***Les indications nouvelles du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire*** (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 17, 27 Avril 1934). — Les indications sont devenues beaucoup plus fréquentes, facilitées par les perfectionnements de la technique opératoire qui en réduit les risques.

1° La thoracoplastie sous-scapulaire paravertébrale totale de Brauer est indiquée dans les tuberculoses cavitaires avec envahissement total unilatéral.

2° La thoracoplastie sous-scapulaire paravertébrale haute, avec résection des côtes supérieures, sera préconisée dans les bacilloses cavitaires du lobe supérieur. Des lésions peu étendues et peu évolutives du côté opposé ne constituent pas une contre-indication.

3° La résection des 5 et 6 premières côtes de Graf est réservée aux petites cavernes peu extensives du lobe supérieur: les côtes supérieures étant réséquées en totalité, les côtes inférieures seulement partiellement.

4° La résection des 2 premières côtes avec apicolyse de Lauwers est utilisée pour les processus limités du sommet avec forte condensation.

5° Le plombage est indiqué pour les cavernes hilaires.

6° La phrénicectomie, ou le plus souvent l'excision temporaire du phrénique, sera pratiquée pour les cavernes de la base ou lors d'adhérences marquées et lorsque les parois cavitaires sont minces.

Enfin la collapsothérapie par pneumothorax ne sera poursuivie que lorsque la cavité est bien collabée. Sinon l'intervention chirurgicale s'impose sans délai.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

N. Henning et **A. Beck.** ***Diagnostic du liquide céphalo-rachidien par les images de dessiccation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 7, 17 Février 1934). — H. et B. ont déjà essayé de tirer des déductions diagnostiques des images fournies par une goutte de suc gastrique desséché. Ils ont constaté ainsi qu'en cas de gastrite il apparaît à la périphérie de la gouttelette un anneau brillant et transparent d'albumine. Ils ont, en conséquence essayé d'appliquer cette méthode au liquide céphalo-rachidien dont ils font dessécher une goutte à l'étuve. Dans les cas normaux, on constate des formations ayant une apparence de croix dont les branches affectent souvent une forme d'œuf parfois dentée. Ces formations ont des dimensions plus grandes à la périphérie qu'au centre. Entre elles, on trouve des formations beaucoup plus délicates constituées par un tronc d'où partent des ramifications.

Lorsque le liquide céphalo-rachidien donne les réactions de Pandy ou de Nonne, c'est-à-dire lorsqu'il contient de l'albumine, on constate l'apparition à la périphérie de la gouttelette desséchée, d'un anneau amorphe incolore et transparent dont les dimensions peuvent atteindre 20 à 30 μ. Cet anneau s'élargit quand les réactions protéiniques sont nettement positives, notamment en cas de diabète, de paralysie générale ou de syphilis cérébrospinale. Les dimensions de cet anneau peuvent alors atteindre 40 à 80 μ. Cet anneau prend une teinte jaune en cas de xanthochromie. Il augmente encore de dimensions en cas de méningite tuberculeuse et arrive alors à 160 μ. Il présente alors des fentes radiaires. Dans la méningite purulente, les images sont complètement modifiées. L'anneau est très large et présente des fissures caractéristiques. Dans le centre, on trouve des formations finement ramifiées ayant l'apparence d'étoiles ou de fleurs. Il n'a pas encore été possible d'arriver à distinguer, avec ces images, une augmentation de la proportion des globulines d'une augmentation de la proportion des sérines.

P.-E. Morhardt.

F. Högler, K. Ueberrack, F. Zell et **W. Falta.** ***Recherches sur l'hypertension par le kaolin*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 7, 17 Février 1934). — H. et ses collaborateurs ont d'abord recherché si l'énervation des reins a une influence sur l'hypertension qui survient après injection de kaolin dans la grande citerne. Ils ont ainsi constaté que chez un chien de 7 kilogr., aux reins énervés, l'injection de 280 milligr. de kaolin dans la grande citerne ne provoque pas une augmentation de la pression sanguine qui dépasse vraiment les chiffres normaux. L'énervation des deux surrénales, par contre, n'inhibe pas l'hypertension du kaolin et la pression monte de 127 à 220 milligr. De même, l'injection de kaolin ne modifie pas l'hyperglycémie alimentaire, pas plus que les effets de l'insuline. Par contre, en cas d'hypertension par le kaolin, l'adrénaline augmente le sucre du sang comme d'ordinaire mais reste sans action sur la pression sanguine. L'ergotamine, qui élimine le sympathique périphérique, reste sans effet. Les hormones préhypophysaires n'augmentent appréciablement ni la pression ni le sucre du sang. Le véronal fait tomber la pression ou même la ramène à la normale.

Il semble donc que le système adrénalinique n'ait rien à faire avec l'augmentation de la pression par le kaolin. Le kaolin agirait par excitation centrale qui se communiquerait aux reins. L'hypertension ainsi provoquée est analogue à l'hypertension essentielle humaine par le fait qu'elle ne modifie pas le chimisme du sang ni les effets hypotenseurs de l'insuline ou du véronal.

P.-E. Morhardt.

P. Morawitz. ***Pigmentation cutanée pathologique et « vitamine de pigment »*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 9, 3 Mars 1934). — M. rappelle d'abord qu'on observe une pigmentation dans des affections très différentes: maladie d'Addison, diabète bronzé, pellagre, maladie de Basedow, cachexie et spécialement dans l'entérocolite chronique où cet auteur a vu la peau brunir dans près de la moitié des cas. Les pigments qui entrent en cause sont très divers. Recklinghausen a donné le nom d'hémochromatose aux pigments qui dérivent de l'hémoglobine. Mais il est d'autres pigments et notamment celui de la maladie d'Addison qui n'en dérive pas. D'ailleurs, il est remarquable que dans l'ictère hémolytique ou encore dans l'anémie pernicieuse, où le sang est détruit en abondance, on n'observe pas de pigmentation.

D'un autre côté, l'hémofuscine dépourvue de fer ne peut être distinguée de la lipofuscine qui serait voisine des mélanines. Il est admis, depuis les travaux de Bloch, que des ferments oxydants et des corps de la série aromatique interviennent dans les mélanoses cutanées. Mais on ne sait rien sur la pathogénèse des hémochromatoses. Le chloasma est attribué à un trouble endocrinien. Mais les pigmentations des tumeurs, de la cachexie, de l'entérite, de l'anémie, de la cirrhose sont inconnues. Cependant, un certain nombre de faits observés au cours de ces dernières années ont amené M. à penser que les processus voisins des avitaminoses devaient intervenir dans la production de ces pigments.

M. a tout d'abord cherché à traiter une série de maladies d'Addison par la corticosurrénale débarrassée de la médullosurrénale et desséchée. Cette préparation à la dose de 5 gr. par jour a déterminé, chez ces malades, une régression de la pigmentation et l'augmentation du poids, une diminution de l'adynamine, mais n'a pas pu élever ni la pression ni le sucre du sang. Les malades sont finalement morts de leur maladie. Il est ainsi donné 3 observations de cette série de malades dont la moitié a semblé se dépigmenter sous l'influence de la corticosurrénale.

Dans une autre observation, il s'agit d'une femme de 35 ans qui est atteinte d'une entérite chronique avec selles tantôt de fermentation, tantôt quand les protéines du régime sont augmentées, de putréfaction. Il est donné un régime très pauvre en vitamine parce que les légumes et les fruits ne sont pas supportés. Il est donné, d'autre part, une préparation de levure (Nateina Llopis). Dans l'entourage de la malade on remarque que celle-ci brunit et que, malgré l'amélioration des fonctions intestinales, il apparaît des ménorragies et de l'inflammation des gencives. Il s'agit d'une stomatite scorbutique typique qui guérit sous l'influence d'oranges et de citrons. En même temps, le chloasma qui existait depuis un an ou dix-huit mois disparaît. Il semble bien que, dans ce cas, l'éclaircissement de la peau soit sous la dépendance de l'administration de vitamines. Dans ces conditions, il y a lieu de se demander si les phénomènes semblables observés chez les addisoniens ne sont pas en relation avec la richesse de la corticosurrénale en vitamines, richesse qui a été démontrée notamment par Szent-Györgyi. Cet auteur a effectivement découvert l'acide ascorbique dans cette glande et montré, en outre, que ce corps empêche, *in vitro*, à très petites doses, l'oxydation de phénols, processus au cours desquels il se forme des mélanines. Cependant, M. fait remarquer que, dans la maladie d'Addison, on n'observe pas souvent des symptômes de scorbut et que, par ailleurs, dans le scorbut vrai dont il a observé beaucoup de cas très sévères pendant la guerre, des pigmentations de ce genre ne l'ont pas frappé. Dans ces conditions, on ne pourrait peut-être pas assimiler l'acide scorbique ou la vitamine C à la vitamine qui prévient la pigmentation, c'est-à-dire à la « vitamine de pigmentation ».

P.-E. Morhardt.

Stephan Molnar et **Zoltan Gruber.** ***Œdème d'origine obscure en relation avec la menstruation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 10, 10 Mars 1934). — Une femme de 22 ans atteinte de tuberculose pulmonaire de forme fibreuse présente, depuis 5 ans, quand le temps est froid et humide, des troubles vasomoteurs des pieds et des mains et, en outre, depuis 5 mois, de la tuméfaction des pieds, des doigts et du visage qui augmente fortement pendant la menstruation. Il s'agit d'une rétention d'eau et de sel surtout marquée pendant les premiers jours de la menstruation. Il existe, par ailleurs, une hyperchlorémie et une hypoprotéinémie continues. En même temps que l'œdème augmente, on constate que les protéines du sérum diminuent pour augmenter, au contraire, pendant la période de déshydratation. Quant à l'hyperchlorémie, elle n'est pas modifiée par la réduction des sels dans le régime, mais seulement par injection de sel diurétique mercuriel (novurite).

La pathogénèse de cet œdème doit être en relation avec la rétention d'eau et de sel sous l'influence d'une hormone ovarienne ou hypophysaire. Le système nerveux végétatif peut aussi intervenir étant donné que cette femme présente une angioneurose sévère.

De fortes doses d'hormone ovarienne associée à l'hormone préhypophysaire se sont montrées sans effet. De même, les injections intramusculaires de calcium ou l'acidification de l'organisme par le gélamon ou par l'acide phosphorique sont restées sans effet. Seuls les diurétiques mercuriels et les dérivés puriques ont eu quelque action.

P.-E. Morhardt.

Edith Krüger. *Les effets de la pellotine dans l'enfance* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 10, 10 Mars 1934). — K. a eu l'idée d'étudier chez les enfants les effets de la pellotine, alcaloïde provenant de cactées sud-américaines et donnant lieu à un sommeil prolongé mais non pas aux rêves sonores et lumineux provoqués par la mescaline. Il a été utilisé du chlorhydrate de pellotine, poudre amorphe à odeur de vanille, bien soluble dans l'eau et avec laquelle il est préparé des solutions à 5 pour 100 (pour administrer par injection sous-cutanée) ou à 10 pour 100 pour administrer (*per os*) à des doses variant de 3 à 4 centigr. chez les nourrissons et de 6 à 8 centigr. chez les écoliers. Des doses beaucoup plus élevées paraissent d'ailleurs être bien supportées. Le sommeil survient une heure ou une heure et demie après l'administration *per os* et ne semble pas provoquer de sensations d'abattement après le réveil.

L'administration de ce médicament est suivie d'un ralentissement du pouls ou d'un abaissement de la pression et parfois des deux avant que le sommeil apparaisse. La respiration n'est pas modifiée et il n'a jamais été constaté de cyanose. En injections, le médicament semble avoir quelques inconvénients : hypersensibilité, pleurnicheries, bâillements spasmodiques, etc. Chez un garçon de 6 ans, cette injection aurait provoqué des douleurs analogues à des coliques.

Le sucre du sang a augmenté sous l'influence du médicament dans 6 cas sur 12. Le médicament a été utilisé d'une façon durable chez un coquelucheux présentant des accès pénibles.

P.-E. Morhardt.

Michele Bufano. *Les effets de l'insuline sur la perméabilité des reins pour le glucose* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 11, 17 Mars 1934). — La question du seuil rénal pour le glucose et de sa régulation par l'insuline, malgré tout l'intérêt qu'elle présente, n'a pas encore fait l'objet d'études très significatives. L'école scandinave a montré, il est vrai, que ce seuil est assez constant chez un même individu. Cependant, B. remarque à ce sujet que beaucoup de facteurs tels que l'activité rénale, l'équilibre acide-base, colloïdal, hormonal ou électrolytique peuvent le modifier. Il ne pense pas, d'autre part, que la formule d'Ambard puisse être, comme Chabanier l'a fait, appliquée au glucose.

Quelques auteurs ont confirmé que l'insuline élève le seuil, ce qui explique qu'à la longue, chez les diabétiques, la glycosurie puisse disparaître alors que la glycémie à jeun persiste ou même augmente. Mais ce fait peut également être mis en rapport avec la décharge d'adrénaline provoquée par l'hyperinsulinisation. Dans le diabète phlorizique, tous les auteurs l'admettent, l'insuline est sans effet. De même, dans le diabète rénal, la glycosurie disparaît rarement sous l'influence de cette hormone.

B. a été ainsi amené à chercher une technique destinée à étudier le seuil rénal. Pour cela, il a procédé à 11 séries d'expériences. Ces expériences ont montré qu'après une injection intra-veineuse de glucose la perméabilité des reins pour le glucose augmente au fur et à mesure que la glycémie s'abaisse. Quant à l'insuline elle-même, elle aurait pour effet d'augmenter la perméabilité. La suppression du pancréas, par contre, serait sans effet, de même que la section du vague. La paralysie périphérique du vague par l'atropine supprime partiellement l'augmentation de la perméabilité rénale qui s'observe après les injections de glucose. Cette augmentation de la perméabilité est rétablie par l'injection d'insuline et il y a lieu d'admettre que le vague, d'une façon générale, augmente la perméabilité des reins pour le glucose, augmentation qui n'apparaît pas après paralysie du vague. D'ailleurs, l'insuline injectée directement dans l'artère rénale augmente souvent la perméabilité pour le glucose. Dans ces phénomènes, il intervient, pour une grande part, l'activité propre des reins. D'autre part, il y a lieu d'admettre que l'hyperglycémie intervient en excitant le vague. L'insuline ne diminue pas la perméabilité des reins pour le glucose. Tout au contraire, elle l'augmente dans le diabète rénal et dans le diabète phlorizique.

P.-E. Morhardt.

P. Hüllstrung. *Accidents de l'électricité cause d'angine de poitrine* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 11, 17 Mars 1934). — H. donne 3 observations dans lesquelles, après électrocution, il est survenu des symptômes très semblables à une angine de poitrine. Dans un cas, par exemple, un homme qui tenait la partie métallique d'un microphone fut amené à saisir une lampe électrique métallique pour la déplacer. Il reçut ainsi un courant de 220 volts sous 50 périodes. Il survint une crampe qui s'étendit aux cordes vocales et empêcha l'accidenté d'appeler. Après l'accident, il persista de la raucité dans la voix, de la pâleur des 3e et 4e doigts de la main droite et une sensation de plaie rétro-sternale. Deux mois plus tard, il survint un accès d'angine de poitrine sévère et l'électrocardiogramme montra l'absence d'onde T dans la dérivation I. Deux mois après, ce phénomène avait disparu.

Le second cas est très analogue et apparut en saisissant une lampe également mal isolée. Là encore, il survint des douleurs dans la région cardiaque et rétro-sternale que les efforts accentuaient ou faisaient reparaître. L'électrocardiogramme a montré un retard du temps de conduction qui, d'ailleurs, a disparu au bout de 8 mois. Dans le 3e cas il est survenu des troubles angineux caractérisés, exagérés notamment par les excitations, les efforts et la nicotine. Dans les 3 cas, les accidentés n'avaient auparavant rien eu du côté du cœur.

Dans la littérature, on trouve beaucoup de cas de mort subite du fait de courants électriques, soit par paralysie du centre respiratoire, soit par atteinte du cœur et notamment par fibrillation ventriculaire. Une altération du système vasculaire du cœur doit donc être considérée comme possible. Par ailleurs, il a été démontré, notamment par Koeppen, que la mort par électrocution trouble la répartition du sang en agissant sur les coronaires. Ainsi, selon H., la possibilité d'un infarctus du myocarde, c'est-à-dire d'une angine de poitrine typique, est donc établie.

P.-E. Morhardt.

Friedrich Meythaler et **Alfred Droste. *Recherches sur le sucre du sang dans le sport athlétique modéré*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 12, 24 Mars 1934). — Il a été procédé chez 60 étudiants de l'Université de Rostock à des examens du sucre du sang avant, pendant et après des exercices sportifs modérés. Ces recherches ont montré qu'un effort unique ne durant que quelques secondes, n'augmente pas très appréciablement le sucre du sang. En pareil cas, la glycémie ne renseigne pas sur le point de savoir si l'entraînement a été bon ou mauvais. Mais les efforts de ce genre, répétés à plusieurs reprises, augmentent beaucoup plus le sucre du sang chez les sujets non entraînés que chez les autres.

L'augmentation du sucre du sang pour une course moyenne de 400 ou de 800 m. est extrêmement marquée, ce qui montre que ces épreuves demandent un effort considérable. On constate, d'ailleurs, une différence entre entraînés et non entraînés pendant la période de repos. La glycémie s'abaisse beaucoup plus rapidement chez les premiers que chez les autres.

Dans les courses de fond, on constate des différences analogues. La glycémie atteint des chiffres moindres et revient plus vite à la normale chez les entraînés que chez les autres. Chez les non entraînés d'ailleurs, le sucre du sang peut parfois diminuer pendant la course et constituer alors un signe de fatigue ou d'insuffisance. Ainsi, le métabolisme hydrocarboné donne des renseignements très caractéristiques sur l'effort fourni pendant les épreuves de sport.

P.-E. Morhardt.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

J. Malbran. *Le champ visuel dans les processus lésionnels chiasmatiques* (*La Semana Medica*, t. XLI, n° 8, 22 Février 1934). — Revue générale documentée de la question.

M. rappelle d'abord les rapports anatomiques du chiasma, tels qu'ils apparaissent notamment à la ventriculographie.

Le syndrome le plus fréquent est l'hémianopsie bi-temporale. Les lésions attaquent d'ordinaire le chiasma par sa face inférieure, l'hémianopsie débute par l'aire supéro-externe ; les zones temporales inférieures et nasales sont envahies secondairement. Parfois, l'on observe des scotomes superposés à l'hémianopsie, que M. rattache à la compression du bord supérieur du chiasma.

Etude parallèle des hémianopsies horizontales, bi-nasales.

Parmi les processus infra-chiasmatiques, M. a surtout rencontré des adénomes pituitaires, des cranio-pharyngiomes, des méningiomes parasellaires, des gliomes et des chondromes du chiasma. Les processus supra-chiasmatiques dérivent des parois ventriculaires. Les processus péri-chiasmatiques sont : les arachnoïdites, les anévrysmes de l'hexagone, les méningites syphilitiques, les fractures de la base.

Tous ces processus agissent sur le chiasma par compression, plus que par traction, ou encore par ischémie et intoxication.

G. d'Heucqueville.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Vienne)

Kafka. *Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis congénitale* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 6, 3 Février 1934). — Les résultats de l'analyse du liquide céphalo-rachidien ne sauraient entraîner une certitude absolue qu'à condition de tenir compte de l'origine des moindres modifications et de leur signification pathologique : c'est ce que K. appelle la recherche fonctionnelle-pathogénique. Les réactions usuelles pratiquées dans le céphalo-rachidien des hérédo-syphilitiques n'éclaircissent pas le problème si obscur de la syphilis congénitale. A cet égard, les statistiques ne prouvent que peu de choses s'il n'y a pas confrontation entre les faits cliniques observés et les résultats humoraux.

Pour K., un B.-W. positif dans le liquide céphalo-rachidien d'un nourrisson syphilitique témoigne d'une syphilis nerveuse chez ce nourrisson ou de sa survenue à brève échéance. Pour rendre plus complète et plus riche en déductions cliniques

l'étude du liquide céphalo-rachidien, K. y a adjoint la mesure de la concentration des albumines à l'aide de l'interféromètre, ce qui permet de déterminer la teneur respective en globuline et en albumines ; ainsi a-t-on pu fixer une proportion globuline-albumine allant de 0,1 à 0,42. Tout chiffre au-dessous de 0,1 est infra-normal, or, ces chiffres infra-normaux sont trouvés dans l'hydrocéphalie, les méningites séreuses, etc... aussi bien que dans la syphilis héréditaire. Un taux normal d'albumine traduit en réalité une hyperalbuminose réelle, puisqu'il y a dans la majorité de ces cas hyperproduction de liquide.

G. Basch.

Brunner-Hornstein et **Guttmann.** ***Utilisation en neurologie de la lampe de quartz froide*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 7, 10 Février 1934). — B.-H. et G., ont utilisé une lampe à brûleur spécial parfaitement froid, ce qui permet une application de très longue durée sur la peau et les muqueuses, applications localisées au niveau des points d'émergence des nerfs douloureux par exemple: ceci n'exclut cependant pas l'érythème ainsi que la pigmentation consécutive; néanmoins, à l'aide de filtres spéciaux, on peut éviter ces inconvénients, gênant surtout à la face. Les résultats les plus favorables ont été obtenus dans la névralgie faciale : sur 40 cas traités, 15 grandes améliorations, 10 améliorations moyennes. Quelques observations illustrent ce court article dont les conclusions semblent peu démonstratives.

G. Basch.

Orator et **Arens.** ***Expérimentation de l'intradermoréaction au cancer de Freund et Kaminer*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 10, 3 Mars 1934). — O. et A. ont pratiqué chez 83 malades l'injection intradermique à l'aide du produit extrait par Freund et Kaminer.

Tout d'abord cette épreuve ne donne lieu à aucune réaction ni locale ni générale; ils ont contrôlé ces recherches en procédant à des injections témoins. Il est très important de pratiquer une injection strictement intradermique donnant lieu à la papule caractéristique.

Dans une première série concernant 14 cas : sur 6 cancers, 3 cas positifs; sur 8 sujets normaux, 8 résultats négatifs. Dans une deuxième série, sur 13 cancéreux, 7 réactions fortement positives, 3 douteuses, 3 négatives.

Une troisième statistique fut encore meilleure, mais il semble que la réaction de F. et K. ne puisse pas encore donner de certitude, que sa technique en soit délicate, et que d'importantes difficultés résident également dans l'interprétation des résultats.

G. Basch.

Ströszner. ***Vaccination antiscarlatineuse*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 13, 24 Mars 1934). — Le vaccin qu'utilise S. est préparé à l'aide de streptocoque hémolytique ayant poussé en milieu solide, puis repiqué en bouillon; on centrifuge, on dilue le centrifugat dans du sérum physiologique, on tyndallise à 60° pendant 25 minutes ; ce vaccin polyvalent contient, en somme, les corps microbiens sans leurs toxines. On pratique à l'aide du vaccin ainsi obtenu des injections sous-cutanées dans le bras, avec intervalles de 8 à 12 jours et à doses croissantes. On observe une réaction générale et locale, cette dernière assez marquée, S. a vacciné plus de 6.000 enfants. Tous les vaccinés ont présenté par la suite un Dick négatif, et aucun d'eux n'a contracté la scarlatine.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Edelmann. ***Valeur de la glycosurie et de l'hyperglycémie dans les coronarites*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 6, 9 Février 1934). — Levine et Brown attirent les premiers l'attention sur la présence de glycosurie et d'hyperglycémie chez les sujets atteints de coronarite, ces phénomènes apparaissant peu après l'accès angineux et disparaissant par la suite. Si ces faits ont été depuis vérifiés par la majorité des auteurs, leur interprétation est cependant discutée : pour Levine, la douleur de l'angor détermine un état de choc qui stimule le centre bulbaire de la glycosurie; pour d'autres, la thrombose coronarienne et la glycosurie ne sont que deux expressions diverses de l'artério-sclérose. Par contre, Scherf ayant observé glycosurie et hyperglycémie chez les sujets qui n'étaient pas artério-scléreux et qui, d'autre part, n'avaient souffert que très modérément au cours de leur accès angineux, donc, n'avaient pas été shockés, rejette ces deux interprétations. Pour lui, ce sont les variations de tension artérielle qui jouent un rôle capital, la glycosurie apparaissant lors de l'hypertension initiale, peut-être par le mécanisme de l'hyper-adrénalinémie. E. a observé 23 fois du sucre urinaire chez 56 sujets atteints de coronarite. Il lui semble que ces patients sont en réalité atteints d'un diabète latent qui s'extériorise à la faveur des accidents paroxystiques. L'observation clinique ainsi que l'épreuve de la glycosurie provoquée appuient cette manière de voir.

Quant au mécanisme suivant lequel l'infarctus myocardique extériorise le diabète latent, il est plus difficile de le préciser : E. suppose que la chute tensionnelle qui accompagne la coronarite peut, en diminuant l'irrigation du pancréas, ralentir la production d'insuline, et favoriser de ce fait la mise en évidence d'un diabète jusque-là muet.

G. Basch.

Kœlbel. ***Traitement de l'hypertension à l'aide d'eau déminéralisée*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 6, 9 Février 1934). — K. a traité de cette manière à l'aide d'eau déminéralisée (aquasol) une série de malades avec les résultats suivants : dans 8 cas d'artériosclérose, les sujets ingérant quotidiennement de 1/2 litre à 1 litre d'aquasol, il observe une amélioration subjective, avec faible diminution de la tension et de l'azote résiduel. Dans 6 cas d'hypertension essentielle, chute assez considérable de la tension. Dans des cas de néphrite chronique, K. considère les résultats comme satisfaisants : amélioration subjective, résorption des œdèmes, bonne influence sur l'état des urines, la tension et l'azote résiduel.

G. Basch.

Zenoff. ***Traitement des affections rhumatismales par le calcium*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 8, 23 Février 1934). — Partant de l'hypothèse pathogénique suivant laquelle les localisations articulaires du rhumatisme constituent une manifestation allergique, Z. a cherché à réaliser une désensibilisation non spécifique à l'aide du calcium, utilisé sous forme d'injections intraveineuses d'ampoules de 10 cmc de gluconate de calcium. Dans le traitement de la maladie de Bouillaud, il a associé salicylate de soude et sels de calcium, et a noté les heureux résultats de cette association (amélioration rapide des fluxions articulaires, rareté des localisations myocarditiques, rareté des rechutes). En outre, il a traité par le calcium seul 23 sujets atteints de maladie de Bouillaud, et 28 présentant diverses formes de rhumatisme chronique. Dans de nombreux cas, à la première injection correspondait une accentuation de tous les troubles, mais cette exacerbation fut de peu de durée. Les résultats contrôlés par la mesure de la vitesse de sédimentation se sont montrés durables.

G. Basch.

Arnstein. ***A propos du soi-disant choc pleural*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 10, 9 Mars 1934). — L'application toujours plus large de la méthode de Forlanini a comme corollaire obligatoire la multiplication des incidents ou accidents observés au cours du pneumothorax artificiel; au nombre de ceux-ci se place ce qu'on a appelé l'éclampsie pleurale, c'est-à-dire l'ensemble de phénomènes syncopaux et paralytiques attribués à un réflexe pleural par les uns, à une embolie gazeuse par les autres.

A. a observé 2 cas d'épilepsie pleurale, l'un avec parésie transitoire droite s'étant accompagnée d'une aphasie légère et que A. attribue à une embolie gazeuse; l'autre à symptomatologie surtout syncopale et que l'on peut considérer comme un phénomène avant tout réflexe.

Il y a donc, semble-t-il, différentes formes pathogéniques du choc pleural; on obviera aux accidents d'ordre réflexe en pratiquant une anesthésie de la paroi avant pénétration de l'aiguille.

G. Basch.

Burak. ***L'accélération du temps de sédimentation dans le diagnostic de la thrombose coronarienne aiguë*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 11, 16 Mars 1934). — Dans certains cas, rien n'est plus malaisé que le diagnostic d'infarctus du myocarde, aussi s'est-on ingénié à en préciser les divers symptômes; mais, dans nombre de cas, le syndrome est fruste, le frottement péricardique, la glycosurie manquent, et le praticien se trouve d'autant plus embarrassé qu'il ne lui est pas toujours possible de faire faire un examen électrocardiographique. C'est dans cette éventualité que l'étude de la vitesse de sédimentation sera précieuse pour le diagnostic. Dans 6 cas que rapporte B., cette recherche s'est montrée positive bien qu'il n'ait pu y procéder que quelques jours après les signes aigus; néanmoins, il ne lui semble pas qu'on puisse en tirer des déductions pronostiques.

G. Basch.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Michael. ***Etiologie du granulome annulaire*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIX, n° 2, Février 1934). — M. rapporte 8 observations de granulome annulaire et il a recherché dans ses cas l'étiologie tuberculeuse.

Aucun malade ne présentait une tuberculose viscérale en activité. Dans 2 cas, on notait dans les antécédents familiaux une tuberculose. Dans un cas, on avait suspecté une tuberculose active chez le malade, mais ce fait n'est pas prouvé. Dans un autre cas, l'examen du malade révéla une tuberculose apicale guérie.

L'inoculation au cobaye fut négative dans 2 cas. Malheureusement, on sacrifia ces cobayes 2 mois après l'inoculation, alors que Calmette recommande un délai de 6 mois.

4 cas furent examinés au point de vue des bacilles acido-résistants; les résultats furent négatifs. L'intradermo-réaction de Mantoux à la tuberculine donna des résultats négatifs dans 5 cas et un résultat positif dans 1 cas.

De ses recherches dans les cas publiés dans la littérature, M. conclut que dans certains cas de granulome annulaire l'étiologie tuberculeuse apparaît probable; mais que, dans la majorité des cas,

on ne trouve pas trace de tuberculose; l'agent infectieux causal est encore inconnu.

R. Burnier.

Béchet. *L'irradiation solaire et photothérapeutique excessive comme facteur de certaines affections cutanées* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIX, n° 2, Février 1934). — Un certain nombre de dermatoses sont causées par l'exposition prolongée aux rayons actiniques.

L'*épithélioma de la peau*, en particulier de la face, est bien connu depuis Unna, Dubreuilh, qui ont décrit l'épithélioma des marins, dont la peau est exposée au hâle solaire. Il semble que le pigment de la peau des nègres protège ceux-ci contre les ardeurs du soleil tropical, car l'épithélioma est rare chez eux. Il est également rare chez les Italiens qui ont la peau brune; par contre Mc Coy l'a observé dans 62 pour 100 des cas chez les blonds, dans 31 pour 100 chez les châtains et dans 7 pour 100 des cas chez les bruns. Dans la lumière solaire ce sont les rayons actiniques et non les rayons calorifiques qui sont dangereux. On a pu provoquer chez le rat un cancer expérimental de la peau à la suite d'exposition prolongée aux rayons ultra-violets.

Le *lupus érythémateux disséminé* succède assez souvent aux bains de soleil. R. en a observé plusieurs cas, ainsi que Rasch, Mc Kee.

On a également observé un *urticaire*, une *cheilite* chronique après irradiation solaire.

La *mélanose de Riehl*, la *cutis rhomboidalis nuchae* de Jadassohn est également rattachée à l'action actinique de la lumière solaire.

Un coup de soleil violent peut déterminer parfois un *érythème polymorphe*, un *psoriasis*, de l'*herpès*.

On a rapporté des *cas de mort* après exposition prolongée auprès d'une lampe à rayons ultra-violets.

Un homme de 72 ans mourut de dermatite actinique toxique après une séance de 1 heure 10 minutes.

Une femme de 48 ans mourut 12 jours après une séance d'uvéthérapie; elle avait des brûlures au dos et à la jambe gauche. De la fièvre, une hématémèse et une hématurie apparurent quelques jours plus tard et à l'autopsie on trouva une ulcération gastrique et intestinale, suite de brûlures.

R. Burnier.

Michael et Nicholas. *Les lipides du sang dans le xanthome* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIX, n° 2, Février 1934). — M. et N. ont étudié dans 3 cas de xanthomes multiples et 5 cas de xanthelasma les troubles du métabolisme graisseux.

Ces troubles sont démontrés par la distribution anormale des lipides du sang ou par les résultats des tests de tolérance graisseuse.

Les recherches de M. et N. ont confirmé celles de Schaaf et Werner.

La théorie de Schaaf et Werner, d'après laquelle la distribution anormale des lipides du sang indique une instabilité relative de l'émulsion sanguine qui favorise la formation de dépôts xanthomateux, apparaît comme l'explication la plus plausible de la pathogénie de la formation des xanthomes, qui ait été proposée jusqu'ici.

R. Burnier.

Michelson et Winer. *Tuberculose de la face* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIX, n° 2, Février 1934). — La tuberculose de la face peut revêtir des formes diverses:

Le *lupus vulgaire de la face* est très répandu: les bacilles de Koch sont fréquemment trouvés dans les tissus et l'inoculation au cobaye est habituellement positive; l'histologie montre un tableau qui évoque nettement la tuberculose. Les réactions locales à la tuberculine (Mantoux, Pirquet, Moro) sont fortement positives; les réactions focales sont moins marquées. La lésion élémentaire est le lupome, nodule translucide, jaunâtre, nettement visible à la vitropression. Certaines formes de lupus affectent le type hypertrophique, *tumidus* ou verruqueux. Les malades meurent rarement de tuberculose viscérale.

Le *lupus miliaire disséminé* de la face (T. Fox), *lupus folliculaire* de Arndt, se caractérise par des papules discrètes, petites, jaunâtres, translucides, isolées ou en groupes siégeant surtout sur les paupières, les joues, les lèvres. La suppuration est exceptionnelle; l'évolution est chronique, la guérison spontanée. On a trouvé des bacilles de Koch dans les coupes.

Les *tuberculides* affectent ordinairement le type *acnitis;* les tuberculides *papulo-nécrotiques* sont rares à la face; on peut observer une forme *rosacée* (Lewandowsky) rappelant l'acné rosacée. Parfois, on note un *lichen scrofulosorum*.

Les *sarcoïdes* peuvent affecter à la face le type cutané, sous-cutané, *angiolupoïde* ou *lupus pernio*.

On peut observer à la face des *gommes tuberculeuses*, amenant après suppuration des ulcérations fistuleuses et des cicatrices. On trouve facilement le bacille de Koch; l'inoculation au cobaye est positive et la sensibilité à la tuberculine est la même que dans le lupus vulgaire.

La *tuberculose fongueuse* de la face est rare; elle a été décrite par Riehl, Pick, Nanta et Jadassohn ; mais leurs cas ne sont pas identiques.

La *tuberculose miliaire ulcéreuse* est une forme grave, siégeant surtout aux orifices du nez et de la bouche; on trouve facilement les bacilles de Koch dans les ulcérations. La sensibilité à la tuberculine est faible ou nulle.

La *tuberculose verruqueuse* est rare à la face dans les quelques cas où on l'a observée, elle paraît primitive. La réaction à la tuberculine est très marquée.

Le *lupus miliaire disséminé à type exanthématique* s'observe rarement à la face; on l'a vue surtout chez l'enfant à la suite de rougeole; c'est une éruption papuleuse disséminée qui aboutit rapidement à la nécrose; la mort est fréquente.

La *tuberculose primitive* est rare à la face; on a cependant décrit des chancres tuberculeux siégeant autour des yeux ou du nez et s'accompagnant d'une adénite régionale. On a trouvé des bacilles dans la lésion.

Parmi les formes plus rares, signalons le *granulome annulaire*, le *lichen nitidus*, la *livedio racemosa* et certains *érythèmes*.

R. Burnier.

Cannon et Karelitz. *Les tests intradermiques dans les dermatites arsénobenzoliques* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIX, n° 4, Avril 1934). — Les recherches de C. et K., portant sur 1.586 injections intradermiques de divers arsénobenzènes en dilution variable, faites sur 256 sujets, montrent qu'il n'existe aucune relation constante entre les réactions de ces tests et les réactions cliniques à l'arsénothérapie.

Les tests ne donnent une réaction positive que dans 48,7 pour 100 chez les malades qui ont eu une dermatite arsénobenzolique.

Les tests sont dépourvus de spécificité et de valeur diagnostique; en effet, 5 malades seulement, sur 76 qui avaient eu une dermatite, réagirent positivement avec l'arsénobenzène qui causa la dermatite et négativement avec les autres arsénobenzènes; alors que d'autres malades ne réagirent pas avec l'arsénobenzène, cause de la dermatite, et réagirent positivement avec les autres arsénobenzènes.

Les tests furent positifs chez les malades qui avaient eu des éruptions avec une médication arsenicale, mais qui n'avaient pas reçu d'arsénobenzènes.

Ces tests, par contre, furent négatifs à plusieurs reprises chez des malades qui avaient eu des accidents avec les arsénobenzènes.

La valeur pronostique est également nulle. Sur 68 syphilitiques déjà traités par les arsénobenzènes sans incidents, 5 donnèrent un test positif; or, aucun de ces 5 malades ne présenta d'accidents lorsqu'on continua le traitement arsénobenzolique.

R. Burnier.

Andrews, Birkman et Kelly. *Eruptions pustuleuses récalcitrantes des paumes des mains et des plantes des pieds* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIX, n° 4, Avril 1934). — A., B. et K. ont observé 15 malades atteints de lésions rouges, squameuses, exfoliantes, vésiculeuses et pustuleuses, très prurigineuses, avec parfois des fissures et des excoriations, occupant symétriquement la partie moyenne des deux paumes et les 2/3 postérieurs des plantes: habituellement les doigts et les orteils sont indemnes.

Cette symétrie et la bilatéralité des lésions, dès le début, distingue nettement cette affection de l'acrodermatite continue; elle fait penser à une cause toxique interne et non pas à une infection externe.

D'ailleurs, dans tous les cas des auteurs, les recherches bactériologiques et mycosiques furent négatives.

Cette affection se rapproche de la description donnée par Barber de son *pustular psoriasis;* mais aucun des malades n'avait de trace de psoriasis sur un autre point du corps, et les divers traitements antipsoriasiques demeurèrent sans effet.

D'ailleurs, tous les traitements locaux et la radiothérapie n'amenèrent aucune amélioration des lésions.

Dans quelques cas, on trouva un foyer infectieux (amygdalite, appendicite); la suppression de ce foyer entraîna la guérison ou l'amélioration des lésions palmo-plantaires.

Il ne s'agit pas non plus de dyshidrose: l'absence d'hyperhidrose, l'apparition des lésions et leur persistance en hiver, l'absence de lésions interdigitales plaident contre ce diagnostic.

Histologiquement, on trouve des pustules intra-épithéliales contenant des débris épithéliaux et polymorphonucléaires, une acanthose modérée, un épaississement de la couche granuleuse et une très légère infiltration du chorion.

R. Burnier.

Rockwood et Greenwood. *Infection de la peau par Monilia albicans; cas mortel* (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIX, n° 4, Avril 1934). — Un homme de 51 ans avait depuis 1 an une éruption généralisée; le début se fit par la bouche, puis les lésions envahirent les paumes des mains, les ongles, la face, la nuque, les aisselles, les aines, la partie inférieure de l'abdomen et la partie supérieure des cuisses.

On constatait l'existence de placards à bords nettement limités, rouges, secs, peu squameux. Vers la fin de la vie, apparurent des abcès sous-cutanés. Les paumes étaient épaissies et parfois verruqueuses; la langue était couverte d'une couche grisâtre épaisse; la muqueuse buccale et le pharynx étaient également atteints.

L'examen du sang montra une lymphocytose très marquée (59 pour 100), telle qu'on l'observe dans la leucémie. On trouva facilement *Monilia albicans* dans le pus des abcès, dans les selles. Mais l'hémoculture fut toujours négative. Le sérum du malade n'agglutina pas le champignon.

Malgré toutes les médications employées (iodure de sodium, arsénobenzènes, badigeonnages de la bouche avec perborate de soude, chlorate de po-

tasse, permanganate de potasse, violet de gentiane, applications sur la peau de pommades à l'acide pyrogallique, chrysophanique, de solutions au violet de gentiane, de fuchsine, de bleu de méthylène, teinture d'iode, mercurochrome), le malade mourut de cachexie.

A l'autopsie, on trouva une infection généralisée par *Monilia* de la langue, du larynx, de l'œsophage, de la peau, avec infection secondaire de la peau, gangrène de la jambe droite.

R. Burnier.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Léonard Rogers. *Le traitement du lupus par des injections intradermiques d'hydnocarpates et de morrhuates* (*British medical journal*, n° 3758, 14 Janvier 1934). — Quand R., en 1916, montra les effets heureux des injections d'acides gras des huiles de chaulmoogra et d'hydnocarpus dans la lèpre, il pensa que ce traitement devait logiquement s'étendre à la tuberculose en raison des caractères communs du bacille de Hansen et du bacille de Koch. Mais les résultats furent inconstants, malgré l'emploi de différentes préparations et de différentes associations de ces huiles de chaulmoogra.

R. rapporte un cas de lupus grave qui, ayant résisté à différentes médications, fut amélioré par des injections intradermiques d'éthers de chaulmoogra et d'hydnocarpus.

Ce lupus s'étendait sur les deux joues, n'épargnait pas le menton, descendait sur les deux côtés de la nuque, et sur une petite surface au niveau de l'épaule droite. R. commença par traiter la lésion de l'épaule en injectant dans le derme une goutte ou deux d'un éther éthylique de morrhuate à plusieurs endroits comme pour circonscrire la plaque. 2 semaines après ce traitement, la lésion diminua. Il passa ensuite au lupus de la face et au bout d'un an après des injections hebdomadaires, soit d'éther de morrhuate, soit d'éther d'hydnocarpate, le lupus rétrocéda complètement.

André Plichet.

Cummins et Cialy Weatherall. *L'action inhibitrice de l'alepol sur les cultures de bacille tuberculeux dans le milieu liquide à l'œuf de Besredka* (*British medical journal*, n° 3758, 14 Janvier 1934). — L'alepol ou hydnocarpate de soude, ajouté à des cultures sur le milieu liquide à l'œuf de Besredka, semble inhiber complètement le bacille tuberculeux.

Deux cobayes auxquels on injecta des cultures ainsi neutralisées ne moururent pas, alors que les cobayes témoins auxquels on injecta une culture de bacille de Koch mélangée à l'huile de foie de morue moururent de tuberculose généralisée.

Ces propriétés bactéricides *in vitro* de l'alepol pourraient être employées avec avantage pour stériliser les épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax, le pus des abcès froids avant la ponction ou l'ouverture.

André Plichet.

Margaret Basden. *La césarienne dans la toxémie prééclamptique* (*British medical journal*, n° 3758, 14 Janvier 1934). — Au lieu d'attendre les symptômes classiques de l'éclampsie pour intervenir, B. pratique la césarienne dès que les symptômes cliniques de toxémie prééclamptique font leur apparition ou tout au moins quand le traitement médical ne peut arriver à les faire rétrocéder. Il semble qu'on puisse se guider sur la pression élevée, l'œdème progressif et surtout sur la céphalée gravative.

On a fait le reproche que cette méthode nuisait à l'enfant, mais en réalité la toxémie prolongée de la mère et la crise d'éclampsie sont plus dangereuses pour l'enfant que la naissance prématurée.

André Plichet.

B. H. Jones. *La signification des Monilia dans les crachats* (*British medical journal*, n° 3817, 3 Mars 1934). — Les *monilia* sont des organismes qui apparaissent dans les tissus et dans les cultures comme des cellules rondes ou ovales qui se reproduisent par bourgeonnement. Dans les cultures vieilles et quelquefois dans les tissus, les monilia montrent un mycelium fait de cellules allongées ou de filaments. L'absence de spores les différencie des saccharomyces ou des vraies levures.

L'infection des poumons par ce champignon existe chez l'animal et peut être reproduite expérimentalement; mais chez l'homme elle est très rare. A condition d'employer des méthodes spéciales de coloration, on trouve souvent des *monilia* dans les crachats de malades atteints de maladies pulmonaires, mais ce n'est pas une preuve que cet organisme vienne des bronches.

J. examinant non seulement les crachats mais encore les sécrétions retirées des bronches par bronchoscopie a vu que les *monilia* étaient presque toujours absentes de la sécrétion bronchique alors que ces organismes étaient d'une fréquence relative dans les crachats.

André Plichet.

R. Hilton. *Le traitement de la pneumonie lobaire par CO^2* (*British medical journal*, n° 3818, 10 Mars 1934). — Le CO^2 est le stimulant idéal de la respiration. Sa principale action est d'augmenter l'amplitude de la respiration sans l'accélérer excessivement, d'où les applications thérapeutiques dans certaines formes d'asystolie, de bronchopneumonie et de pneumonie lobaire.

Plusieurs auteurs ont vanté, dans la pneumonie, les bienfaits des inhalations d'un mélange fait de 5 pour 100 d'acide carbonique et de 95 pour 100 d'oxygène. Malgré les difficultés que l'on puisse avoir pour faire des mesures chez un pneumonique, on a pu voir, dans un certain nombre de cas, une diminution du nombre des respirations à la minute, une augmentation de la ventilation par entrée plus grande d'air dans les poumons. Toutefois, la douleur n'est guère calmée par le fait que la respiration est plus facile et l'opium, pour ce symptôme, reste le médicament de choix.

L'acide carbonique peut élever la pression artérielle soit par action sur les centres vaso-moteurs, soit en facilitant le retour veineux au cœur droit, mais il est à remarquer que la cyanose est peu diminuée par les inhalations de CO^2. D'ailleurs, il est difficile pour ce symptôme de dissocier l'action du gaz carbonique de celle de l'oxygène.

En pratique, pour H., les résultats de cette thérapeutique sont trop peu importants pour qu'on puisse en faire le traitement habituel de la pneumonie lobaire.

André Plichet.

A. Jacobs. *La tuberculose rénale* (*British medical journal*, n° 3818, 10 mars 1934). — La tuberculose rénale, cliniquement, est bilatérale dans au moins 30 pour 100 des cas. Elle doit être considérée comme unilatérale et comporter comme sanction la néphrectomie, si la sécrétion du rein du côté opposé ne contient ni pus, ni bacille tuberculeux et si la pyélographie est normale.

La présence de bacille tuberculeux, sans pus, dans les urines d'un rein dont la pyélographie est normale, ne doit pas empêcher d'enlever l'autre rein s'il est le siège d'une lésion destructive.

Le rein qui montre occasionnellement des bacilles tuberculeux dans sa sécrétion comme seule preuve de son atteinte n'a probablement qu'une lésion tuberculeuse au stade initial et il est prouvé maintenant qu'une telle lésion se cicatrise souvent.

Tous les malades, après l'opération, doivent suivre un régime de sanatorium, surtout si les symptômes vésicaux persistent.

André Plichet.

GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE

Pieri (Bellune). ***Sur le traitement chirurgical de la syringomyélie*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, an. VII, n° 11, Novembre 1933). — Une femme de 65 ans, qui a été victime 20 ans auparavant d'une chute sur la colonne vertébrale ayant déterminé une paralysie temporaire du membre inférieur droit et une cyphose dorsale à grand rayon, présente depuis 4 ans les signes d'une syringomyélie avec troubles moteurs surtout accentués à droite.

Un examen au lipiodol a montré l'arrêt du liquide opaque au niveau de la 12e vertèbre dorsale. L'opération faite sous anesthésie générale (la rachianesthésie ayant été impossible), on découvre une dure-mère tendue ne battant pas et sous laquelle la moelle épinière est étroitement accolée comme s'il n'y avait pas d'espace sous-arachnoïdien. Une ponction sur la ligne médiane ramène un peu de liquide et l'on fait sur la ligne médiane une incision longue de 3 cm. Au cours de l'opération, on a remarqué un cal de fracture siégeant sur le corps de la 3e lombaire.

Les suites opératoires furent très bonnes au point de vue moteur mais il n'y eut aucun changement au point de vue des sensibilités. Ce résultat se maintenait encore 2 ans 1/2 après l'opération.

Olivieri.

Merli (Trévise). ***Leiomyome télangiectasique du cæcum*** (*Giornale veneto di scienze mediche* an. VII, n° 11, Novembre 1933). — Une femme de 55 ans présente depuis 10 ans des entérorragies fréquentes avec amaigrissement progressif; la palpation montre dans la fosse iliaque droite la présence d'une tuméfaction diffuse. Une large résection du cæcum et de la dernière anse de l'iléon est faite, suivie d'iléo-transversostomie. La mort survient très brièvement.

Au point de vue histologique il s'agit d'un leiomyome télangiectasique avec gros kystes de contenu hématique; la grosseur de cette tumeur est celle d'un poing d'adulte: le point de départ est le cul-de-sac du cæcum.

Olivieri.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Paris)

Salvador R. Burghi (Montevideo). ***Contribution à l'étude de l'hydrolabilité dans la première enfance*** (*Revue française de pédiatrie*, t. X, n° 1, 1934). — Finkelstein a montré qu'il existe des enfants qu'il qualifie d'*hydrolabiles* et dont la constitution organique déséquilibrée se manifeste cliniquement par une tendance à de grandes oscillations de poids. Chez ces enfants, l'examen du métabolisme révèle une instabilité dans le degré d'hydratation et de minéralisation de l'organisme.

Ces enfants au cours des infections, des troubles digestifs même légers, d'une alimentation insuffisante et parfois même sans cause déterminée, perdent l'eau de leurs tissus en quantité appréciable, ce qui se traduit par des chutes brusques et importantes de la courbe de poids. Ce sont des organismes chez lesquels l'eau est unie d'une façon peu intime à leurs tissus.

Dans les 3 premiers mois de la vie, il existe normalement un certain degré d'hydrolabilité, dû à ce que le mécanisme régulateur du métabolisme de l'eau n'est pas suffisamment développé à cet âge. A cours de la première année et au fur et à mesure que les nourrissons avancent en âge, ils deviennent de plus en plus *hydrostables*.

Finkelstein soutient que l'hydrolabilité est un état constitutionnel. B. cherche à démontrer qu'en plus de *l'hydrolabilité physiologique* du nourrisson en bas âge et de l'*hydrolabilité constitutionnelle*, on observe fréquemment une *hydrolabilité acquise*, causée par certaines infections et particulièrement l'otite latente et la rhinite diphtérique, par des troubles digestifs tenaces, par l'hypoalimentation qualitative et quantitative prolongée, par certaines intoxications du type de l'acidose.

G. Schreiber.

Raymond Meyer (Strasbourg). ***Le diagnostic précoce de la rougeole. Le signe du « repli semilunaire » et l'angine rougeoleuse prodromique*** (*Revue française de pédiatrie*, t. X, n° 1, 1934). — En 1918, Ernest Meyer, père de l'auteur, a décrit un signe qu'il considérait comme pathognomonique de la période prééruptive de la rougeole, signe précédant même le Koplik et surtout les premiers symptômes de l'éruption. Il consiste essentiellement dans la turgescence avec rougeur intense du repli semilunaire des deux yeux. Cette congestion est tellement intense qu'elle frappe immédiatement. Elle précède la conjonctivite palpébrale rougeoleuse et tranche nettement sur le fond humide de la conjonctive du bulbe oculaire. La caroncule, à ce stade prodromal, participe bien moins à la congestion oculaire et le contraste avec le gros grain particulièrement rouge et saillant dû à l'injection de ce repli semilunaire est alors frappant. Caché chez certains enfants à l'état normal par la caroncule, le repli paraît alors parfois « luxé » en dehors de la caroncule.

Le signe du « repli semilunaire » varie de fréquence avec les épidémies. M. a pu le constater récemment dans 3 cas sur une vingtaine. A noter que ce signe diminue quand les autres signes apparaissent.

Un autre fait a frappé M. au cours de la dernière épidémie hivernale de rougeole: dès les premières heures de fièvre, il a pu constater une *angine prodromique:* les amygdales sont un peu grossies et sur un fond rouge peu intense se dessinent des sortes de fines membranes transparentes, prenant parfois une teinte d'un ton bleuâtre, se rapprochant de celle des points blancs du signe de Koplik. Si on revoit les amygdales 12 à 24 heures plus tard, il ne reste plus rien de ces taches.

G. Schreiber.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

J. Weiber. ***Démonstration de substances hypertensives dans le sang des hypertendus pâles*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LV, n° 3, 20 Janvier 1934). — Chez les hypertendus pâles on est logiquement porté à admettre que l'hypertension résulte d'un spasme généralisé des petits vaisseaux conditionné par la présence dans le sang d'une substance chimique vaso-constrictive. On a longtemps incriminé l'adrénaline, mais les méthodes les plus sensibles n'ont pas réussi à démontrer la présence d'un excès de cette hormone.

Bohn a pu, en 1931, déceler chez la plupart de ces hypertendus une substance qui provoque une élévation de la pression de l'animal d'expérience. W. a pu, lui aussi, extraire du sang des hypertendus pâles (glomérulo-néphrites chroniques, sclérose rénale, reins polykystiques), par précipitation alcoolique (4 volumes d'alcool à 96° pour 30 cmc de sang citraté, évaporation de l'alcool et dissolution du précipité dans 15 cmc d'eau physiologique), une substance qui, injectée dans la carotide du chat uréthanisé, détermine au bout de 30 à 60 secondes une élévation de pression atteignant son maximum (10 à 30 mm. Hg) en 1 minute et persistant 15 minutes ou plus. Quand on répète les expériences à court intervalle avec le sang d'un même malade, on est frappé de la constance de l'hypertension réalisée chez l'animal. Par contre, ces élévations de pression firent défaut avec le sang de sujets normaux, d'hypertendus congestifs et d'une intoxication aiguë par le sublimé.

L'élévation constatée chez l'animal n'est pas parallèle au degré de rétention azotée non plus qu'à la pression du malade hypertendu. Des discordances inexplicables furent trouvées chez 3 sujets à reins polykystiques.

P.-L. Marie.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE
(Tübingen)

Disk (Prague) ***Les blessures de l'intestin terminal après dilatations par bougies*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 2, Février 1934). — D. rapporte dans cet article 9 observations de perforations du rectum ou de l'intestin terminal à la suite de dilatations par bougies et à la suite de cet accident 6 malades sont morts, 1 a guéri avec persistance d'une fistule stercorale, 2 seulement ont guéri intégralement. C'est dire la haute gravité de ces accidents.

Faut-il conclure de ces observations que la dilatation par bougies doit être formellement proscrite dans les rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires du rectum ? (Chez ces 9 malades il s'agissait, en effet, soit de rétrécissement cicatriciel après extirpation du rectum et anus sacré, soit de sténose inflammatoire du rectum). Evidemment pas, car la dilatation douce, prudente et progressive reste une excellente méthode de traitement et justement, dans les observations citées, les renseignements sur l'état de la sténose, sur le calibre des bougies, les dilatations progressives manquent complètement; on comprend donc aisément que dans ces rétrécissements cicatriciels et inflammatoires qui sont souvent extrêmement serrés, on aille au-devant de catastrophes, telles que les rapporte D., si l'on n'agit pas avec une extrême prudence. En outre, quand cet accident vient à se produire il est de toute évidence qu'il va déclencher une péritonite extrêmement grave et comme dans la plupart de ses observations on est intervenu de 24 à 48 heures après le début des accidents on s'explique dès lors le haut pourcentage de mortalité. Ceci dit, nous résumons rapidement les 9 observations :

1. Homme de 60 ans; anus sacré après amputation du rectum pour cancer; rétrécissement cicatriciel; dilatation par bougies; 12 heures après signes de péritonite. Intervention: perforation au voisinage de l'anneau cicatriciel; la suture de la perforation est impossible. Tamponnement et anus iliaque. Guérison.

2. Femme de 24 ans. Sténose inflammatoire du rectum. Dilatation par bougies. Quelques heures après signes de péritonite diffuse; pas d'intervention et mort le 7e jour.

3. Homme de 67 ans opéré par résection gastrique et résection sigmoïdienne en 3 temps; la radiographie et la rectoscopie montrent l'existence d'une sténose au niveau de la suture. Dilatation et après deux séances symptôme de péritonite. Laparotomie au 3e jour; péritonite par perforation. Iléostomie sur une anse haut située et mort.

4. Cas rapporté par Schloffer d'une perforation de l'anse sigmoïde après dilatation pour sténose inflammatoire du rectum. Suture 24 heures après. Guérison.

5. Rétrécissement cicatriciel d'un anus sacré après amputation pour cancer. Quelques heures après une dilatation apparaissent des symptômes de péritonite. Laparotomie 24 heures après. Perforation du côlon pelvien. Tamponnement et colostomie. Mort.

6. Sténose rectale datant de plusieurs années chez une femme opérée d'un kyste de l'ovaire. Après une dilatation : symptômes de péritonite et après plusieurs jours apparaît sur l'ancienne cicatrice de laparotomie une fistule pyostercorale. Mort avec persistance de la fistule.

7. Rétrécissement inflammatoire du rectum. Péritonite après dilatation. Laparotomie 24 heures après; péritonite diffuse. Drainage du petit bassin par le vagin et par l'abdomen. Mort 24 heures après. Autopsie: perforation à l'union du rectum et du sigmoïde.

8. Rétrécissement inflammatoire du rectum traité par dilatation. Après une séance, température à 39° et péritonite. Laparotomie le surlendemain : péritonite diffuse. Drainage par le vagin et l'abdomen; mort. Autopsie : perforation du rectum au niveau du cul-de-sac de Douglas.

9. Rétrécissement inflammatoire du rectum traité jusque-là par des dilatations, sans complication; après une séance : symptômes de péritonite. Laparotomie plus de 24 heures après et mort; la perforation qui siégeait sur la paroi antérieure du rectum avait été traitée par la suture.

J. Sénèque.

Hanke. ***Sur la guérison spontanée de traumatismes graves de la colonne vertébrale (luxation totale et luxation accompagnée de fracture).***

[*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 2, Février 1934]. — H. publie 2 observations extrêmement intéressantes de traumatismes considérables de la colonne dorsale, avec déplacement extrêmement accentué; dans un cas il existait des symptômes médullaires, dans l'autre ces symptômes faisaient défaut; ces deux blessés ont été traités par la simple immobilisation sans aucune réduction du déplacement et le résultat final est très satisfaisant.

1° Homme de 52 ans qui, après une chute de 5 mètres de hauteur, présente une luxation complète de la 5e dorsale en avant, avec symptômes d'hématomyélie. Après 5 mois d'immobilisation, le malade commence à se lever et à faire quelques pas. 2 ans après, la marche est possible; il persiste encore quelques troubles de la sensibilité et la motilité des membres inférieurs est presque entièrement récupérée bien que la radiographie montre la persistanee intégrale du déplacement.

2° Homme de 68 ans; chute de 4 mètres de hauteur. Luxation, fracture de la 11e dorsale avec translation complète en avant et latéralement. Il n'existe aucun phénomène médullaire malgré le déplacement considérable ainsi qu'en témoigne la radiographie. Après 2 mois d'immobilisation, le malade se lève avec un corset plâtré; il existe encore quelques douleurs au niveau de la fracture, mais au bout de 9 mois, à part une limitation dans les mouvements de la colonne, le résultat est très satisfaisant.

J. Sénèque.

Makkas (Athènes). ***Diagnostic et traitement des neurinomes intrathoraciques*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 3, Mars 1934). — Depuis la première observation de Föderl qui date à peine de 1914, M. a pu retrouver dans la littérature médicale 26 observations de neurinomes intra-thoraciques opérés auxquelles il ajoute 2 cas personnels inédits.

Il s'agit dans tous ces cas de neurinomes du médiastin postérieur; dans un cas seulement (Harrington), la tumeur avait une implantation latérale au niveau du 8e espace intercostal.

Dans 16 cas, la tumeur siégeait au tiers supérieur, 6 fois à la partie moyenne, 5 fois à la partie inférieure au-dessus du diaphragme. Dans 19 cas la tumeur était développée dans le médiastin droit, 9 fois seulement dans le médiastin gauche; sur 27 observations où le sexe est noté, on relève 20 observations chez la femme et 9 chez l'homme; ces tumeurs ont été observées à tous les âges (de 1 à 60 ans); 5 cas de 1 à 20 ans; 3 eas de 11 à 20 ans; 5 cas de 21 à 30 ans; 9 cas de 31 à 40 ans; 1 cas entre 41 et 50 ans; 5 cas enfin entre 51 et 60 ans.

Le diagnostic de tumeur du médiastin postérieur étant affirmé par la radiographie, il devient ensuite difficile de savoir à quelle sorte de tumeur on a affaire; si les tumeurs malignes sont le plus souvent juxta-hilaires, le diagnostic reste très difficile avec les tumeurs bénignes : kystes et kystes dermoïdes, les fibromes et lipomes étant des tumeurs exceptionnelles siégeant de préférence dans le médiastin antérieur.

La thérapeutique de ces neurinomes est strictement chirurgicale, car il n'y a rien à attendre de la radiothérapie; on aborde la tumeur par résection uni- ou pluricostale et le plus souvent l'extirpation est assez facile à réaliser. La mortalité est cependant assez élevée: sur 27 cas où la tumeur a pu être extirpée, on note 6 décès, soit une mortalité de 22,2 pour 100. Dans 3 cas la mort est due à une insuffisance cardiaque post-opératoire; dans les 3 autres cas il s'est agi de complications pleuro-pulmonaires. Les résultats éloignés sont satisfaisants, car l'auteur n'a relevé aucune récidive tardive.

J. Sénèque.

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA HABANA

A. Oteiza y Setien, J. de Castro Palomino et **F. Lopez Fernandez.** ***Ulcère nécrotique du cuir chevelu consécutif à une piqûre par couleurs d'aniline*** (*Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, t. XXXIX, n° 1, 31 Janvier 1934). — L'aniline, poison violent du sang, détruit les tissus nerveux en dissolvant leurs lipoïdes. L'on observe souvent des piqûres de la main par des pointes recouvertes de dérivés d'aniline chez les ouvriers manipulant ces colorants.

Entre le 4e et le 10e jour, apparaît l'inflammation sous forme d'un écoulement de sérosité violacée. Elle évolue vers la fistulisation, la nécrose, l'induration de forme granulomateuse, ou l'intoxication générale (céphalées, asthénie, ictère).

Les lésions tendent à s'étendre en profondeur jusqu'à l'os. La masse des tissus colorés par le toxique se comporte comme un corps étranger. On la réséquera en bloc sous anesthésie: on n'hésitera pas à pratiquer l'amputation en cas d'atteinte osseuse.

Observation d'un enfant de 7 ans, ayant présenté une ulcération anilinique du cuir chevelu pariétal.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

G. Giddings. ***Le schéma normal du sommeil chez l'enfant : les facteurs qui peuvent modifier ce schéma (facteurs physiques).*** [*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 7, 17 Février 1934]. — A l'aide d'un ingénieux dispositif d'enregistrement électrique des mouvements du lit, G. a établi une méthode objective d'étude du sommeil, basée sur la numération des mouvements inconscients du sujet. Les premiers résultats de cette étude semblent assez intéressants : il n'existe pas un schéma-type du sommeil, mais chaque enfant a un schéma propre qui a une grande fixité dans les conditions physiologiques. L'absorption de différentes boissons, même de café, avant le sommeil, ne modifie guère ce schéma : par contre un repas copieux augmente beaucoup l'agitation, qui peut persister toute la nuit. Les bains chauds ou froids avant de se mettre au lit ne paraissent pas avoir d'action dans un sens ou dans l'autre. Par contre, le sommeil est toujours plus calme par temps froid que par temps chaud.

R. Rivoire.

G. Mac Heffey et **R. Peterson.** ***Maladie de Hodgkin survenant simultanément chez deux frères*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 7, 17 Février 1934). — Les cas de maladie de Hodgkin familiales sont extrêmement rares, et c'est même là une des raisons qu'invoquent les adversaires de l'étiologie tuberculeuse de la maladie. Aussi l'observation des auteurs est-elle particulièrement intéressante : il s'agit de deux frères, âgés respectivement de 11 et 13 ans, qui commencèrent une maladie de Hodgkin à huit jours l'un de l'autre. Cette maladie suivit un cours exactement semblable dans les deux cas, et la mort survint au bout de deux ans environ à deux mois d'intervalle, sans que la radiothérapie ait pu modifier en quoi que ce soit l'évolution progressive de la maladie. L'autopsie révéla des lésions ganglionnaires et spléniques absolument caractéristiques de la maladie de Hodgkin.

Il n'existe dans la littérature médicale que 12 cas de maladie de Hodgkin familiale : étant donné la fréquence assez grande de cette affection, il ne s'agit donc sans doute que de coïncidences, malgré le caractère troublant de cette observation.

R. Rivoire.

I. Kaplan. ***Sarcome de la joue succédant à un traitement radiothérapique pour hypertrichose*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 8, 24 Février 1934). — La radiothérapie est utilisée sur une vaste échelle en Amérique dans les instituts de beauté pour le traitement de l'hypertrichose sans aucun contrôle médical. Le résultat de cette pratique a été l'apparition très fréquente de kératose et de télangiectasie de la face, ayant dans nombre de cas évolué vers la cancérisation. Le cas de K. est plus curieux, car c'est un sarcome qui s'est greffé sur de vieilles lésions cicatricielles post-radiothérapiques de la joue, 7 ans après le traitement. Cette tumeur ne fut pas influencée par un traitement intensif au radium ; l'ablation chirurgicale a semblé arrêter l'évolution, mais la cicatrisation complète n'est pas survenue.

Devant la fréquence de ces accidents, il faut insister sur le gros danger de l'épilation radiothérapique.

R. Rivoire.

P. Wosika et **M. Sosman.** ***La démonstration radiologique des artères coronaires calcifiées sur le vivant*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 8, 24 Février 1934). — Les artères coronaires calcifiées sont parfaitement visibles aux Rayons X, à condition que le dépôt calcaire ait une certaine importance. W. et S. apportent dans cet article trois documents qui le prouvent indiscutablement : il s'agit de trois malades atteints d'angor pectoris, où des radiographies rapides (1/30e de seconde) ont montré de très nettes images coronaires. Dans un cas, la radio du cœur, extirpé à l'autopsie, a confirmé l'image clinique. Même à l'examen radioscopique, il est assez souvent possible de déceler cette calcification coronaire, à condition de savoir la rechercher.

Le diagnostic est assez facile à faire avec l'ombre due à une calcification valvulaire, qui est animée de mouvements spéciaux, ou avec des calcifications péricardiques, qu'il est possible de faire coïncider avec le bord du cœur sous une incidence recherchée par tâtonnements. Plus facile encore est la différenciation avec les calcifications pneumo-ganglionnaires ou bronchiques.

R. Rivoire.

D. Shelling et **M. Goodman.** ***Etudes sur le calcium et le phosphore : importance d'un régime pauvre en phosphore dans le traitement de la tétanie parathyréoprive*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 9, 3 Mars 1934). — S. et G. rapportent toute une série d'expériences entreprises sur des malades atteints de tétanie post-opératoire, qui démontrent de façon très convaincante le rôle essentiel de l'hyperphosphorémie dans la tétanie. Un régime très pauvre en phosphore suffit en général à faire disparaître les symptômes de tétanie, alors qu'un régime riche en phosphore et contenant de fortes doses de calcium fait reparaître les symptômes. De même l'administration de vitamine D, qui fait monter la calcémie, mais élève simultanément la phosphorémie, a souvent une action fâcheuse dans la tétanie; par contre, l'hormone parathyroïdienne, qui fait d'abord diminuer la phosphorémie, et qui élève secondairement la calcémie, a une action très favorable : mais cette action de la parathormone est beaucoup moins évidente quand le sujet absorbe un régime riche en phosphore ; il faut alors de très fortes doses d'hormone pour atténuer les symptômes de tétanie. Selon S. et G., c'est à l'emploi d'un régime trop riche en phosphore qu'il faut

attribuer les cas de tétanie résistantes à l'hormone parathyroïdienne.

C'est là une acquisition thérapeutique fort intéressante, et qui a l'avantage d'être beaucoup moins coûteuse que le traitement par l'hormone parathyroïdienne. Il faut insister aussi sur l'action peu favorable de la vitamine D, qui tend cependant aujourd'hui à être utilisée dans tous les cas de tétanie, à la suite de certains travaux récents qui tendaient à assimiler son action physiologique à celle de la parathormone. Notons enfin en terminant que S. et G. ont observé une disparition des symptômes de tétanie, en administrant à leurs malades chaque jour un gramme de sels de magnésium.

R. Rivoire.

F. Smith. ***Le diabète insipide : son traitement par l'insufflation intranasale de poudre de lobe postérieur d'hypophyse*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 9, 3 Mars 1934). — Cet article est destiné à faire connaître aux médecins américains une méthode de traitement du diabète insipide bien connue en France, l'insufflation nasale de poudre de lobe postérieur d'hypophyse. Il contient l'étude très complète de l'action comparée de l'extrait par voie hypodermique et par voie intranasale, dans deux cas de diabète insipide essentiel : de cette étude il résulte que l'insufflation de 50 milligr. de poudre 3 fois par jour est aussi effective que l'injection de 1,5 à 2 cmc de solution ; en outre, l'insufflation présente une série d'avantages sur la voie sous-cutanée : facilité d'application, absence de réaction intestinale, et cardio-vasculaires, et surtout diminution très nette du prix de revient (5 fois moindre qu'avec la solution).

R. Rivoire.

L. Nightingale et **S. Starr.** ***Le traitement de l'érysipèle de l'enfant : étude comparative montrant que les meilleurs résultats sont obtenus avec les rayons ultra-violets*** (*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 10, 10 Mars 1934). — Le traitement de l'érysipèle par les rayons U. V. a été surtout préconisé par Ude. N. et S. ont entrepris de vérifier l'activité de cette thérapeutique dans l'érysipèle de l'enfant et du nourrisson, dont on sait l'exceptionnelle gravité. Commencée avec scepticisme, cette étude fut développée rapidement, car les résultats s'avérèrent d'emblée supérieurs à ceux obtenus avec les autres méthodes thérapeutiques. En particulier, la statistique des auteurs est nettement meilleure que celle qu'ils obtenaient précédemment avec la sérothérapie.

Le traitement doit être appliqué le plus précocement possible, les résultats étant meilleurs si l'enfant est soigné dans les premières 24 heures.

Dans l'ensemble, la mortalité est presque nulle chez les enfants au-dessus de 2 ans. Au-dessous de 2 ans, la mortalité est d'environ 1/5, alors qu'elle est de 60 à 90 pour 100 sans traitement, et de 40 à 60 pour 100 avec la sérothérapie.

R. Rivoire.

E. Craven. ***La splénectomie dans le rhumatisme chronique associé à de la splénomégalie et de la leucopénie (Syndrome de Felty).*** [*The Journal of the American medical association*, vol. CII, n° 11, 17 Mars 1934]. — Felty a décrit en 1924 un syndrome de rhumatisme chronique avec splénomégalie et leucopénie, dont il est encore difficile de savoir s'il s'agit d'une pure coïncidence, d'une localisation multiple de la même infection, ou d'un rhumatisme consécutif à la splénomégalie. Récemment l'observation de Hanrahan et Millner (résumée ici), qui observèrent une très nette amélioration du rhumatisme après splénectomie, était en faveur de cette dernière hypothèse. Mais l'observation de C., superposable à tous égards à celle-là, en diffère en ce que la splénectomie ne donna qu'une amélioration légère et très temporaire des symptômes d'arthrite. La question reste donc entière des rapports entre la splénectomie et le rhumatisme dans le syndrome de Felty.

R. Rivoire.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE (Chicago)

W. R. Ohler et **J. Abramson.** ***Le cœur dans le myxœdème*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 2, Février 1934). — Il règne encore beaucoup de confusion sur les constatations faites sur le cœur des myxœdémateux. Aussi O. et A. ont-ils repris cette étude chez 35 myxœdémateux. Chez 13, ils ont noté des anomalies de l'électrocardiogramme. Les modifications caractéristiques consistent en une diminution du voltage de tous les complexes et souvent en une inversion de l'onde T dans toutes les dérivations, comme Zondek l'a initialement décrit. Dans quelques cas, le temps de la conduction auriculo-ventriculaire se montra augmenté.

Ces électrocardiogrammes anormaux se rencontrent, à de rares exceptions près, quand le taux du métabolisme basal tombe à 25 ou au-dessous.

Dans les cas où l'examen radiologique montre une augmentation de volume du cœur on trouve fréquemment des électrocardiogrammes anormaux. La radioscopie permet de mettre en évidence la paresse des contractions cardiaques.

Dans ces cas, la spécificité du traitement par l'extrait thyroïdien est prouvée par le retour à la normale de l'électrocardiogramme et des dimensions du cœur.

On note chez les myxœdémateux une pression artérielle tantôt normale, tantôt élevée ou abaissée. Chez les malades à cœur dilaté, elle tend à être normale ou inférieure à la normale. Le traitement thyroïdien a paru augmenter les pressions antérieurement basses et diminuer celles qui étaient élevées.

Il n'est pas rare de trouver à l'auscultation de l'éloignement des bruits du cœur ni de voir survenir des symptômes atténués d'hyposystolie.

O. et A. estiment que les troubles constatés dans cette série de cas sont caractéristiques de l'affection et justifient le terme de « cœur myxœdémateux ».

Ils soulignent enfin la rareté des examens anatomo-pathologiques approfondis du muscle cardiaque dans le myxœdème et ils pensent qu'il ne sera pas possible de donner une explication plausible des troubles cardiaques des myxœdémateux tant que cette étude n'aura pas été faite.

P.-L. Marie.

H. D. Kay, S. L. Simpson et **G. Riddoch.** ***L'ostéite déformante de Paget*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 2, Février 1934). — A l'occasion de 34 cas dont ils relatent l'observation, K., S. et R. donnent une étude d'ensemble, clinique, radiologique et biochimique de cette affection.

Chez leurs malades, le début le plus précoce se rencontre à 30 ans, le plus tardif à 60, l'âge moyen étant de 46 ans; on trouve presque autant de femmes que d'hommes; 2 frères étaient atteints et leur mère probablement aussi.

K., S. et R. décrivent les divers types de début et les modalités des douleurs. Chez 6 de leurs malades, la maladie de Paget fut trouvée par hasard à l'occasion d'un examen radiologique pour une toute autre affection. Rien de neuf à signaler dans la description des altérations du squelette. Un sarcome se développa dans le fémur d'un des malades, fait non exceptionnel. Dans 2 cas, il existait une paraplégie spasmodique et dans divers autres des signes neurologiques moins accusés. Les symptômes de cet ordre sont généralement secondaires à la compression d'origine osseuse ou à l'artériosclérose, très fréquente chez ces malades. Deux d'entre eux présentèrent des troubles mentaux imputables non aux altérations craniennes, mais vraisemblablement à l'artériosclérose cérébrale. Les troubles oculaires relèvent de la compression osseuse des nerfs optiques ou oculo-moteurs ou de l'artériosclérose.

Du point de vue biochimique, spécialement étudié ici, K., S. et R. concluent de leurs recherches et des travaux publiés que le taux du calcium sanguin et des phosphates minéraux est à peu près normal, mais qu'il existe toujours une grande quantité de phosphatase dans le plasma; cette anomalie s'est montrée rebelle à la thérapeutique, contrairement à ce qui a lieu dans certains cas d'ostéomalacie et d'ostéite fibreuse généralisée. On constate un rapport entre le taux de la phosphatase et la gravité de la maladie.

K., S. et R. discutent les diverses théories étiologiques qu'on a proposées. Ils estiment que les théories syphilitique et neurotrophique sont dénuées de tout fondement. Ils pensent que les modifications signalées dans l'activité des parathyroïdes semblent plutôt secondaires à des altérations osseuses d'origine inconnue et qu'il n'existe pas actuellement d'arguments suffisants pour prouver que cette affection est causée par un trouble endocrinien, par une inflammation ou par une association de ces deux facteurs.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

J. T. King. ***Fréquence et pronostic du bloc des branches du faisceau de His*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 2, Février 1934). — K. analyse 155 cas de bloc des branches du faisceau observés à l'hôpital John Hopkins. Dans 17 cas où l'autopsie put être faite le diagnostic anatomique et le diagnostic clinique concordèrent, mais on ne chercha pas à préciser la topographie exacte de la lésion.

Du point de vue étiologique on trouvait à l'origine de l'artériosclérose du cœur dans 70 pour 100 des cas, une infection rhumatismale ou la syphilis dans 9 pour 100 ; dans 12 pour 100 l'étiologie demeura douteuse. C'est donc quand il existe une cardiopathie dégénérative sénile qu'on rencontre presque toujours le bloc des branches du faisceau. L'âge moyen des malades de cette catégorie était de 61 ans tandis que dans les cardiopathies rhumatismales ou syphilitiques il était de 42 ans.

Les travailleurs manuels sont particulièrement atteints ; les hommes forment la majorité (73 pour 100).

Cette affection est loin d'être rare ; parmi les troubles du mécanisme cardiaque elle tient le second rang, venant après la fibrillation auriculaire et avant le bloc auriculo-ventriculaire et le flutter auriculaire. La dissociation auriculo-ventriculaire complète s'associe souvent au bloc des branches du faisceau.

K. donne un tableau des divers signes d'auscultation rencontrés dans le bloc des branches du faisceau : dédoublement du premier bruit qui est commun, du premier et du second bruit, absence presque complète du premier bruit, etc, mais leur importance est médiocre comparée à celle des tracés électrocardiographiques.

Le pronostic est fort grave quelle que soit l'étiologie ; toutefois il semble meilleur lorsque l'origine est le rhumatisme : la moyenne de la survie, une fois le diagnostic posé, fut de 1 an dans la cardiosclérose, de 1 an 1/2 chez les syphilitiques, de 2 ans 1/2 chez les rhumatisants. L'apparition d'un bloc des branches du faisceau semble ne rien ajouter à la gravité du pronostic de la syphilis cardiaque.

P.-L. Marie.

A. H. Elliot. ***L'anémie, cause d'angine de poitrine, en présence d'artères coronaires et d'aorte indemnes*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 2, Février 1934). — L'apparition de crises d'angine de poitrine au cours de l'anémie pernicieuse n'est pas une rareté et elle semble plus qu'une coïncidence. Giffin et Cabot ont brièvement signalé l'absence de lésions coronariennes et aortiques dans des cas de ce genre, si bien qu'on peut se demander si la cause de l'angine en pareil cas ne réside pas dans une disproportion entre l'apport sanguin coronarien et les besoins métaboliques du myocarde.

Le cas rapporté par E. plaide en faveur de cette conception. Il s'agit d'une femme de 55 ans, atteinte d'anémie chronique liée à des épistaxis répétées qui présenta durant 3 années des crises d'angine de poitrine lors des efforts. Une affection fébrile grave, accompagnée de nouvelles épistaxis, provoqua des crises graves au repos. Une occlusion intestinale intercurrente causa la mort par asystolie post-opératoire. L'autopsie, à part une certaine hypertrophie cardiaque, ne permit pas de découvrir de lésions de l'appareil circulatoire ; les coronaires, minutieusement étudiées, avaient des parois minces et étaient béantes, ne présentant que quelques rares dépôts lipoïdiques dans leur tunique interne ; l'aorte était indemne. E., s'appuyant sur des considérations de physiologie, pense que l'anémie, en accroissant le débit cardiaque, a causé l'hypertrophie du myocarde, que, dans ces conditions, l'apport sanguin par les coronaires pouvait se montrer suffisant à l'état de repos, mais devenait facilement insuffisant dès que les exigences circulatoires devenaient plus grandes, sous l'influence de la moindre surcharge physiologique additionnelle et que l'ischémie myocardique consécutive s'est traduite sous forme d'accès angineux.

Cette observation montre que l'angine de poitrine peut survenir en l'absence de maladie des coronaires, du myocarde ou de l'aorte.

P.-L. Marie.

W. F. et **G. Cheney.** ***8 cas d'ictère hémolytique chronique héréditaire. Importance de la microcytose*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 2, Février 1934). — C. et C. ont eu l'occasion d'étudier 5 membres d'une même famille dans laquelle ils ont trouvé 3 cas d'ictère hémolytique typique atteignant une grand'mère, son fils et l'un des deux enfants de ce dernier. Les deux premiers patients avaient eu la vésicule biliaire enlevée. Ils rapportent, en outre, l'observation de 5 autres cas, dont 2 de diagnostic discutable.

A ce propos ils donnent une revue générale du sujet. Ils insistent sur les signes hématologiques de la maladie et spécialement sur la microcytose. Dans tous les cas qu'ils relatent le diamètre moyen des hématies était inférieur à 7 µ ; dans un cas il descendait à 5 µ 9. Cette diminution de diamètre peut s'accompagner d'une augmentation relative du volume des globules rouges, ceux-ci étant plus sphériques que normalement. Cette microcytose peut se rencontrer dans d'autres états, infections chroniques, néphrites, anémies diverses, mais associée à la jaunisse, cliniquement évidente ou latente, elle peut être considérée comme presque pathognomonique de l'ictère hémolytique. Dans la plupart des autres variétés d'ictères on trouve au contraire de la macrocytose. Il faut noter que la microcytose survit à la splénectomie.

P.-L. Marie.

U. J. Wile et **W. M. Sams.** ***Etude sur l'ictère dans la syphilis*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 3, Mars 1934). — Sur 10.021 cas de syphilis observés depuis 8 ans à l'hôpital de l'Université d'Ann Arbor il y a eu 91 cas (0,9 pour 100) de syphilis hépatique. Parmi ceux-ci 16 malades seulement avaient de l'ictère ; aucun n'avait eu de traitement spécifique avant l'admission à la clinique. Ce faible taux d'ictères pré-thérapeutiques (0,18 pour 100) contraste vivement avec la fréquence de l'ictère constaté après traitement arsénobenzolique : sur 4.126 malades soumis à l'arsénobenzol, 56 (1,37 pour 100) présentèrent de l'ictère, soit 7 fois 1/2 plus. Il faut donc incriminer la médication à l'origine de ces ictères. Le type d'arsénobenzol le plus toxique pour le foie semble être l'ancien salvarsan.

Il faut distinguer parmi les ictères post-arsénobenzoliques une forme précoce, survenant de 1 à 15 jours après le traitement, plus rare (18 cas), ayant pour cause soit une réaction de Herxheimer, soit une réaction toxique due à une dose trop forte ou plus souvent à une hypersensibilité, et une forme tardive, plus habituelle (47 cas), qui soulève des problèmes délicats de pathogénie. Trois théories ont été avancées : action toxique à retardement de l'arsénobenzol sur le foie, hépatorécurrence (Milian), infection intercurrente le plus souvent de la nature de l'ictère catarrhal. W. et S. combattent les arguments donnés par Milian en faveur de l'hépatorécurrence et s'appuient surtout sur le fait que leur traitement par son intensité devait suffire à prévenir toute rechute et qu'aucune forme connue de syphilis hépatique, comme le montre leur statistique, ne se caractérise habituellement par de l'ictère. Il est plus difficile de différencier l'ictère post-thérapeutique tardif de l'ictère infectieux ou catarrhal, les signes tirés de l'étude des leucocytes sont infidèles. Mais la répartition dans le temps de l'ictère post-arséno-benzolique et celle de l'ictère infectieux concordent comme l'ont déjà signalé Ruge, Stokes, etc. ; 60 pour 100 des cas d'ictère post-arsénobenzolique se produisirent durant une période de 3 ans au cours de laquelle se montrèrent aussi presque la moitié des cas d'ictère infectieux étudiés à titre de comparatif. Il semble donc exister un rapport entre les deux types d'ictères.

Les facteurs hépato-toxiques extrinsèques associés, tels que la grossesse, le paludisme et l'alcoolisme jouent un rôle de second plan.

La constatation nécropsique d'une atrophie jaune aiguë, faite dans les deux cas mortels notés, jointe aux observations déjà publiées, indique que l'ictère résulte d'une intoxication grave et d'une destruction du parenchyme hépatique analogue aux autres formes d'intoxication aboutissant à l'atrophie jaune aiguë.

Jusqu'à ce que des méthodes plus précises permettent de déterminer la susceptibilité et d'évaluer la fonction hépatique et jusqu'à ce que le médicament soit rendu moins toxique pour le foie, l'ictère post-arsénobenzolique continuera à être une des graves complications du traitement moderne de la syphilis.

P.-L. Marie.

G. C. Duncan et **F. Fetter.** ***Effet de la grossesse sur les besoins des diabétiques en insuline*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 3, Mars 1934). — D. et F. relatent l'histoire heureuse de six grossesses, chez des diabétiques. Chez toutes les patientes sauf une qui présentait des règles normales, la menstruation avait réapparu auparavant sous l'influence de l'insuline et du régime.

Dans tous les cas les modifications dans les besoins en insuline durant la grossesse se comportèrent d'une façon semblable : accroissement pendant les trois premiers mois, stabilisation pendant les trois mois suivants suivie d'une augmentation dans le dernier trimestre, enfin diminution soudaine après la délivrance. C'est donc dans les 3 premiers mois et dans les 3 derniers que le risque de cétose est le plus grand et à la suite de la délivrance que les accidents hypoglycémiques sont le plus à craindre, tandis que si des complications ne se sont pas produites avant le second trimestre, celui-ci a des chances de se dérouler sans incidents.

A l'inverse de ce qui se passe dans le diabète non compliqué, D. et F. ont noté un comportement paradoxal des besoins en insuline dans les 3 derniers mois de la grossesse : quand on augmente l'insuline à fond pour couvrir les besoins de la diabétique, on ne constate pas de gain, mais une diminution de la tolérance hydrocarbonée. D. et F. estiment qu'un gain de tolérance à cette époque est défavorable quant à l'enfant, car il indique vraisemblablement une hyperactivité anormale du pancréas fœtal.

Chez les patientes de D. et F. le diabète ne se montra pas aggravé à la suite de la grossesse. Ces malades qui allaitaient leurs enfants eurent besoin de moins d'insuline durant l'allaitement qu'avant la grossesse. Tous les enfants sont actuellement bien portants.

En somme, la gestation chez les diabétiques convenablement traitées n'altère pas de façon permanente la tolérance des malades et le diabète en lui-même ne constitue pas une contre-indication à la grossesse.

P.-L. Marie.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

M. Lusena. ***Observations cliniques et physiopathologiques sur un cas d'anémie aplastique; le phénomène de la dissociation séro-globulaire dans l'anémie aplastique comme curiosité biologique et comme élément de détermination de la durée de la vie des globules rouges*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XL, n° 12, 1er Décembre 1933). — L. rapporte l'observation d'un malade de 48 ans atteint d'anémie aplastique cryptogénétique ayant évolué en 3 ans et demi, qui ne fut maintenu en vie pendant les 28 derniers mois que par de grandes transfusions, — certaines de plus d'un litre et demi, — faites tous les 50 jours environ. Au cours de l'évolution, L. a pu constater le phénomène de la dissociation séro-globulaire : le malade, appartenant au groupe II, n'avait plus de globules de ce groupe, tout en conservant les agglutinines; dans ces conditions, il a été facile de calculer la survie des globules rouges transfusés, qui a été de 17 semaines environ. Certaines transfusions ont été suivies d'accidents hémolytiques que L. attribue aux agglutinines du sang des donneurs précédents qui seraient restées libres dans le sang du receveur; il pourrait être indiqué pour éviter ces accidents, qui n'ont d'ailleurs jamais encore été signalés, de transfuser des globules sans plasma.

Lucien Rouquès.

A. Baserga. ***Polyglobulie par lésion diencéphalo-hypophysaire*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XLI, n° 1, 1er Janvier 1934). — B. a observé chez un malade de 30 ans, atteint d'une tumeur de la région hypophysaire, une polyglobulie variant entre 6.000.000 et 6.500.000, avec une valeur globulaire de 0,94 et 7.500 leucocytes dont 42 lymphocytes pour 100, 10 monocytes, 44 neutrophiles, 2 éosinophiles et 2 basophiles; l'enrichissement suivant la technique de Callerio et Villa n'a pas montré de formes anormales de globules blancs; la réaction des peroxydases qui, d'après Sato et Yoshimatsu, manque dans certaines lésions nerveuses, en particulier striées, a été normale; les réticulocytes ont eu un pourcentage de 0,2 pour 100; la masse du sang a été trouvée fortement augmentée, l'augmentation ne portant que sur les globules et non sur le plasma.

Ces résultats permettent d'éliminer l'hypothèse d'une polyglobulie relative par concentration du sang; d'autre part, l'absence de formes immatures de leucocytes même après enrichissement, le nom-

bre normal de réticulocytes montrent qu'il ne s'agit que d'une simple suractivité de la moelle osseuse. Il est indiscutable qu'il y a un rapport entre la polyglobulie et les altérations de l'hypophyse et du diencéphale, mais il n'est pas prouvé qu'il y ait un centre régulateur de l'hématopoïèse dans cette région; elle commande, en effet, les fonctions fondamentales du métabolisme et il n'est pas impossible qu'il ne s'agisse que d'une érythrocytose secondaire ayant pour but, par exemple, de compenser une réduction de l'activité de fixation d'oxygène par les globules rouges.

Lucien Rouquès.

A. M. Michelazzi. ***Action de l'acide chlorhydrique sur la glycémie chez les hépatiques*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XLI, n° 2, 1er Février 1934). — Chez la plupart des malades atteints d'affection du foie, l'acide chlorhydrique en ingestion (LXXX gouttes de la solution officinale) produit une certaine hypoglycémie; l'action hypoglycémiante existe sur la glycémie à jeun, mais elle apparaît mieux lorsqu'on compare la courbe glycémique après ingestion de glucose seul et de glucose et d'acide chlorhydrique; surtout accusée lorsque l'épreuve d'hyperglycémie alimentaire est fortement positive, l'hypoglycémie relative peut atteindre 0 gr. 70 pour 1.000. Cette action de l'acide chlorhydrique paraît pouvoir s'interpréter comme la conséquence d'une sécrétion d'insuline; l'acide chlorhydrique agirait à la fois sur les acini et sur les îlots du pancréas dont les corrélations fonctionnelles semblent vraisemblables.

Lucien Rouquès.

Il POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

G. Rubinato. ***Signification clinique et valeur pronostique de l'agranulocytose dans les infections*** (*Il Policlinico* [*sez. pratica*], t. XLI, n° 1, 7 Janvier 1934). — R. rapporte 5 cas d'état infectieux à évolution rapidement mortelle avec anémie aiguë, diminution des polynucléaires et signes d'intoxication générale, dont le point de départ a été quatre fois une ulcération amygdalienne et une fois une ulcération granulomateuse du côlon descendant. Il paraît difficile d'admettre avec R. que ces observations appartiennent toutes à l'agranulocytose de Schultze, puisque, dans trois d'entre elles, la diminution des polynucléaires n'est que relative en raison d'une forte leucocytose: 32.000, 38.400 et 85.000.

Au cours d'infections variées, surtout d'ordre septicémique, on observe parfois la diminution des polynucléaires neutrophiles et la disparition des éosinophiles et des mastzellen, symptôme très défavorable pour le pronostic; celui-ci devient meilleur, lorsque au cours de l'évolution la proportion des neutrophiles augmente et les éosinophiles et les mastzellen reparaissent.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DELL' ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO
(Milan)

A. Manài. ***Les érythrémies aiguës (contribution clinique et anatomo-pathologique)*** [*Archivio dello istituto biochimico italiano*, t. V, n° 4, Novembre 1933]. — M. ne donne pas au terme d'érythrémie la signification de maladie de Vaquez; il admet avec di Guglielmo que l'érythrémie ou myélose érythrémique est une hémopathie qui détermine au niveau de l'appareil érythropoïétique des altérations en tous points comparables à celles de l'appareil leucopoïétique dans les leucémies. Ainsi comprise, l'érythrémie est une affection exceptionnelle et M. n'en a retrouvé que quelques cas dans la littérature; son observation est celle d'une femme de 28 ans qui a présenté, dans les 2 derniers mois de l'évolution d'un lymphosarcome du rectum, un état d'anémie subaiguë avec subictère et hépato-splénomégalie à développement rapide; en 45 jours, les globules rouges sont tombés de 4.100.000 à 2.200.000, tandis que la formule leucocytaire, d'abord normale, se modifiait profondément : on notait 95.000 éléments nucléés par millimètre cube, dont 2, 7 et 2 pour 100 de polynucléaires, de myélocytes et de myéloblastes neutrophiles, le reste des cellules à noyaux étant représenté par des hématies nucléées (hémocytoblastes : 3, proérythroblastes : 16, érythroblastes basophiles : 53, érythroblastes polychromatophiles : 12, mégaloblastes : 5); les plaquettes étaient rares et dans les derniers jours, des mégacaryocytes ont passé dans le sang. A l'autopsie, la moelle de tous les os (longs, courts et plats) était en hématopoïèse et des foyers d'érythropoïèse s'observaient dans le foie et la rate.

La myélose érythrémique aiguë est considérée comme une affection primitive; cette observation montre qu'elle peut également être secondaire; il n'y avait pas de métastases médullaires, mais la tumeur avait produit un état septico-toxique qui a dû agir par un double processus hémolytique et irritatif.

Lucien Rouquès.

C. Colombi et **M. Sacchi.** ***Etudes sur l'action des substances hémodynamiques et des solutions hypertoniques de chlorure de sodium sur la circulation encéphalique*** (*Archivio dello istituto biochimico italiano*, t. VI, n° 1, Février 1934). — C. et S. ont étudié chez le chien les modifications vaso-motrices de la circulation cérébrale en enregistrant simultanément la pression du liquide céphalo-rachidien par une sonde placée dans le 4e ventricule (la sonde est introduite à travers la membrane atloïdo-occipitale et la boîte cranienne restant intacte, la courbe de la pression équivaut à la courbe oncographique du cerveau), la presssion artérielle et la pression veineuse jugulaire : l'enregistrement de la pression veineuse qui traduit l'état des petits vaisseaux et surtout des capillaires du réseau encéphalique est indispensable pour préciser si les variations de la pression du liquide céphalo-rachidien dépendent des modifications locales des vaisseaux ou de celles de la pression artérielle.

Les vaisseaux cérébraux répondent à l'adrénaline par des réactions constrictives analogues à celles de tous les autres vaisseaux; mais ces réactions peuvent être masquées par la distension que l'hypertension fait subir aux vaisseaux. Le nitrite de soude a une action vaso-dilatatrice. L'histamine et l'acétylcholine provoquent des réactions complexes, peut-être différentes pour les veines, les artères et les capillaires, et il est difficile d'affirmer que ces substances sont vaso-dilatatrices ou vaso-constrictives. Les solutions hypertoniques de chlorure de sodium à 5 pour 100 dilatent les vaisseaux encéphaliques, tandis qu'à une plus forte concentration (30 pour 100) elles en produisent la constriction; on observe en même temps des troubles du rythme cardiaque et de la pression artérielle liés probablement à une atteinte des centres vaso-moteurs.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

R. Moracchini et **O. Maestri.** ***Cholestérinémie et cholestérinocholie dans le diabète sucré*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXIV, n° 12, Décembre 1933). — M. et M. ont dosé chez 20 malades atteints de diabète léger ou de gravité moyenne la cholestérine sérique et la cholestérine des diverses fractions de la bile recueillie par le tube d'Einhorn, la chasse biliaire étant provoquée par une injection sous-cutanée d'hypophysine. La cholestérinémie a été normale dans 5 cas, légèrement supérieure à la normale dans 3 cas et nettement augmentée (jusqu'à 3 gr. 18) dans les autres; chez 5 malades traités par l'insuline, l'augmentation de la cholestérinémie a été moins accusée que chez ceux qui n'avaient pas encore subi ce traitement. La cholestérine a toujours été en excès dans la bile vésiculaire; la cholestérine de la bile C a presque toujours été au-dessus de la normale, quoique souvent proportionnellement moins que la précédente; la bile A a donné dans certains cas des chiffres supérieurs à la normale, dans d'autres des chiffres normaux ou au-dessous de la normale. La teneur en cholestérine de la bile filtrée a parfois été inférieure à celle de la bile non filtrée : cette différence traduit une tendance plus ou moins facile de la cholestérine à la précipitation et peut révéler une diathèse lithogène latente. Les troubles du métabolisme de la cholestérine dans le diabète dépendent essentiellement de la perturbation de la fonction lipodiérétique du foie en rapport avec le manque d'hormone pancréatique.

Lucien Rouquès.

G. Borsalino. ***Recherches sur le comportement de la tuberculine irradiée*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXIV, n° 12, Décembre 1933). — Malgré de nombreuses tentatives, on ne connaît pas encore de procédés chimiques susceptibles de diminuer l'action nocive de la tuberculine pour les organismes tuberculeux. B. a recherché si on pouvait atténuer la tuberculine en la soumettant aux rayons ultra-violets ou aux rayons X. En faisant comparativement chez un même sujet des intradermoréactions avec de la vieille tuberculine de Koch non irradiée et exposée aux rayons ultra-violets pendant un temps variable, B. a constaté que l'irradiation rendait plus intense la réaction cutanée et que la réaction était d'autant plus forte que l'exposition de la tuberculine aux rayons avait été plus prolongée. Les rayons X, au contraire, ne modifient pas le pouvoir de la tuberculine de donner des réactions cutanées.

Ayant donc constaté que les rayons ultra-violets modifiaient la tuberculine — il ne s'agit pas de simples modifications physico-chimiques car les sujets qui ne réagissent pas à la tuberculine non irradiée ne réagissent pas plus à la tuberculine irradiée — B. a recherché si l'irradiation avait une action sur sa nocivité; des cobayes tuberculisés par voie péritonéale ont été soumis à des injections de tuberculine; avec la tuberculine irradiée, les animaux ont présenté une survie notable et les injections ont paru ralentir l'évolution du processus tuberculeux; les mêmes doses de tuberculine non irradiée ont tué les témoins. L'irradiation par les rayons ultra-violets augmente donc le pouvoir allergisant de la tuberculine, tout en diminuant sa nocivité pour les sujets tuberculisés.

Lucien Rouquès.

G. Monasterio. ***Le pouvoir neutralisant du sang des individus normaux et des diabétiques vis-à-vis de l'insuline (au sujet du soi-disant diabète par neutralisation)*** [*La Clinica medica italiana*, t. LXV, n° 1, Janvier 1934]. — Mauriac et Aubertin ont soutenu que le sérum humain était capable de neutraliser l'insuline, ainsi que le montrerait l'étude comparée de la glycémie du lapin après injection d'insuline diluée dans du sérum physiologique ou diluée dans du sérum sanguin, avec une heure de contact à 37°; ce pouvoir neutralisant serait plus accentué chez les diabétiques que chez les sujets sains et, en général, plus un diabétique aurait un sérum doué d'un pouvoir

neutralisant élevé, plus il serait insulino-résistant; ces auteurs en ont conclu à l'existence d'une variété pathogénique spéciale de diabète : le diabète par neutralisation.

Les recherches de contrôle de M. l'ont amené à des conclusions opposées; le sang oxalaté, le plasma et le sérum de sujets sains et de diabétiques, même en forte quantité, n'ont aucun pouvoir neutralisant vis-à-vis de l'insuline; les rares cas où un certain pouvoir neutralisant paraît exister s'expliquent par la variabilité des réactions des lapins à une même dose d'une même insuline. Le sang hémolysé a un pouvoir neutralisant intense et constant, mais il est dû à l'hémoglobine et c'est à celle-ci que doit être identifiée l'anti-insuline globulaire de Mauriac et Aubertin; l'action de l'hémoglobine, même mise en liberté dans le sang, n'est décelable qu'*in vitro*; aucune d'ailleurs des substances qui inactivent l'insuline *in vitro* n'a la même action *in vivo*. Des recherches en cours ont montré à M. que des diverses hormones, seule celle de la médullo-surrénale a une action antagoniste constante et intense vis-à-vis de l'insuline. Il est certain qu'il y a des diabètes sans lésions histologiques du pancréas et dont la cause échappe, mais rien ne permet d'admettre qu'il s'agit de diabètes par neutralisation.

LUCIEN ROUQUÈS.

F. Marcolongo et **A. B. Silorata.** ***Recherches cliniques sur la guanidine dans l'hypertension artérielle*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXV, n° 1, Janvier 1934). — Chez les malades atteints d'hypertension avec néphrite aiguë ou chronique par sclérose vasculaire ou petit rein contracté artériosclérotique, M. et S. ont trouvé constamment une augmentation de la guanidinémie; plus ou moins accentuée suivant les cas, elle n'a pas de rapport évident avec le degré de l'hypertension ni avec celui de l'insuffisance rénale, les taux les plus élevés s'observant toutefois dans les cas d'insuffisance rénale accentuée. Des élévations importantes de la guanidinémie existent aussi dans les néphrites aiguës et chroniques sans hypertension; on en rencontre également, quoique moins fortes, dans une série d'états pathologiques sans hypertension, en particulier dans les affections hépatiques. Dans l'hypertension primitive et dans l'hypertension artériosclérotique sans participation du rein, le taux de la guanidinémie est presque toujours normal.

Expérimentalement, le pouvoir hypertenseur de la guanidine paraît établi; mais les résultats précédents montrent que l'élévation de la guanidinémie chez les hypertendus avec lésion rénale n'a pas tant la valeur d'un facteur pathogénique important de l'hypertension que celle d'une altération complexe du métabolisme, liée essentiellement aux reins et peut-être aussi au foie et aux autres organes.

LUCIEN ROUQUÈS.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE (Milan)

A. Guarino. ***Etude clinique et électrocardiographique sur le comportement du réflexe du sinus carotidien dans quelques maladies de l'appareil cardio-vasculaire et dans la maladie de Flajani-Basedow*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. LV, n° 6, 11 Février 1934). — La compression digitale bilatérale du sinus carotidien provoque constamment, chez les malades atteints d'hypertension, de myocardite ou d'aortite syphilitique, de l'hypotension et de la brachycardie; l'intensité de cet effet dépresseur n'a pas de parallélisme évident avec la gravité de la maladie. Dans les lésions mitrales doubles, le réflexe se traduit par un effet presseur (tachycardie et hypertension), puis dans la majorité des cas, par une légère bradycardie et une baisse modérée de la pression. Dans l'insuffisance mitrale compensée et la maladie de Basedow, la réponse à l'excitation du sinus est de sens différent pour la pression qui augmente et le rythme cardiaque qui se ralentit.

La prise d'électrocardiogrammes avant et pendant la compression ne montre dans les lésions valvulaires simples et complexes et la maladie de Basedow aucun trouble particulier de l'activité fonctionnelle du cœur en dehors d'une bradycardie ou d'une tachycardie inconstantes. Chez les hypertendus et les sujets atteints de myocardite, la compression du sinus exagère les anomalies électrocardiographiques préexistantes et détermine parfois l'apparition de fibrillo-flutter et d'extrasystoles d'origine surtout ventriculaire. Le réflexe carotidien ne met pas toujours en évidence des troubles de l'activité cardiaque dans les cas où les autres méthodes d'examen la montrent déficiente; on ne peut donc le considérer comme un moyen fidèle d'appréciation de l'état fonctionnel du cœur.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Gerundini. ***Importance du signe de Velez dans la tuberculose pulmonaire et son comportement au cours du traitement par le pneumothorax*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, t. LV, n° 7, 18 Février 1934). — A l'état normal, il y a dans le sang plus de polynucléaires à noyaux trilobés que de polynucléaires à noyaux bilobés; lorsque la proportion inverse existe, le signe de l'inversion nucléaire ou signe de Velez est positif. Confirmant les recherches de Velez, G. a trouvé l'inversion nucléaire chez 37 tuberculeux pulmonaires sur 40, les 3 résultats négatifs correspondant à des formes non évolutives; sous l'influence de la cure de repos ou du traitement par la tuberculine, les recalcifiants ou les reconstituants, on observe des modifications de la formule d'Arneth mais le signe de Velez ne disparaît pas; au contraire, le pneumothorax le rend rapidement négatif et il reste négatif pendant toute la durée de la collapsothérapie.

LUCIEN ROUQUÈS.

IL MORGAGNI (Naples)

P. Moretti et **N. Corèa Manno.** ***Sur quelques tentatives récentes de traitement médical des ulcères gastro-duodénaux par les injections de pepsine et de benzoate de soude; deux années d'expérience à la Clinique de Messine*** (*Il Morgagni*, t. LXXV, n° 48, 26 Novembre 1933). — M. et C. ont traité 13 cas d'ulcères par 1, 2 ou 3 séries de 12 injections intramusculaires, un jour sur deux, de 2 cme d'une solution de pepsine à 10 pour 100 et de benzoate de soude à 20 pour 100 ou de pepsine à 10 pour 100 additionnée de borate de soude à *pu* 5; dans 2 cas, ils ont fait des injections intraveineuses quotidiennes (43 dans l'un et 44 dans l'autre), de 2 cme d'une solution de benzoate de soude à 25 pour 100; dans 6 cas, ils ont alterné quotidiennement les injections de pepsine et de benzoate de soude.

Le traitement par le benzoate de soude seul paraît la moins active des 3 méthodes; avec la pepsine seule ou alternée avec le benzoate, les vomissements rebelles, les brûlures gastriques « disparaissent comme par enchantement », l'état général s'améliore et, cliniquement, le malade paraît guéri; cependant, il est difficile d'affirmer la guérison car les signes radiologiques de l'ulcère sont peu ou pas modifiés. Aucun renseignement n'est fourni sur la durée de l'amélioration observée.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. B. Audo-Gianotti. ***Pathogénie des phénomènes cérébelleux et du signe de la préhension forcée dans les tumeurs de la région préfrontale*** (*Il Morgagni*, t. LXXVI, n° 5, 4 Février 1934). — A propos d'un cas de gliome astrocytaire de la région préfrontale gauche avec signes pseudo-cérébelleux et signe de la préhension forcée, A. passe en revue les différentes conceptions pathogéniques de ces symptômes; les signes cérébelleux ne lui paraissent pas relever d'un retentissement de l'hypertension sur le cervelet et, admettant les conclusions de Delmas-Marsalet, il les attribue à une lésion de la voie de relation fronto-cérébelleuse; le signe de la préhension forcée s'explique par une lésion des fibres de projection fronto-médullaires.

LUCIEN ROUQUÈS.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA (Naples)

M. Patti. ***Les réflexes labiaux*** (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. XV, n° 3, 15 Février 1934). — P. a recherché systématiquement sur plus de 3.000 sujets les divers réflexes labiaux obtenus par percussion aux points décrits par Epstein et d'autres auteurs : lèvres supérieure et inférieure, dos, base et pointe du nez, fosse canine, fossette mentonnière; la réponse consiste dans une projection en avant de la lèvre analogue à un mouvement de succion. Les sujets examinés étaient de tous les âges, sains ou atteints des affections médicales ou chirurgicales les plus communes; le pourcentage des réponses positives a été 9,56. Les réflexes manquent chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes normaux; ils manquent aussi dans la règle dans la plupart des affections; par contre, ils sont très fréquents dans les psychoses séniles et chez les syphilitiques, surtout chez les malades atteints de syphilis nerveuse; un réflexe positif, lorsqu'il ne s'agit pas d'une psychose sénile, doit, d'après P., attirer l'attention sur la possibilité d'une syphilis à manifestations plus ou moins évidentes.

LUCIEN ROUQUÈS.

LA RIFORMA MEDICA (Naples)

F. Landogna Cassone. ***Sur la valeur d'une méthode particulière de percussion (la percussion « transfixiante » de Pende) pour le diagnostic des hyperplasies thymiques*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 7, 17 Février 1934). — Le procédé de la percussion « transfixiante » de Pende pour la délimitation de la matité thymique consiste à percuter doucement la pointe de l'index gauche placé à plat sur le thorax avec le médius droit, en extension et maintenu raide comme si on voulait lui faire transpercer le thorax; on percute du champ pulmonaire sonore vers le sternum suivant différents rayons. Après avoir montré l'incertitude des divers signes cliniques et radiologiques de l'hypertrophie thymique, L. estime d'après sa pratique que le signe de Pende est de beaucoup le plus fidèle.

LUCIEN ROUQUÈS.

E. Sechi. ***Contribution à l'étude de la mélanodermie de Freund*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 10, 10 Mars 1934). — La mélanodermie de Freund est caractérisée par des taches sur les parties découvertes du cou et du thorax, de dimensions et de formes variées à bords nets mais irréguliers, de coloration brun foncé ou café au lait uniforme, plus rarement chagrinée. Les taches apparaissent insidieusement, parfois après un stade d'œdème

ou d'érythème; elles ne donnent lieu à aucun trouble et disparaissent en général en quelques mois. Les premiers cas de Freund concernaient des sujets qui avaient pris des bains de mer et de soleil et s'étaient servi d'eau de Cologne; Freund pensa que l'eau de Cologne et surtout l'huile de bergamote qu'elle renferme avaient dû jouer un rôle important à côté des bains de soleil; quelques expériences confirmèrent l'activité pigmentogène de la bergamote que Freund employa avec succès dans le traitement du vitiligo.

S., ayant observé 4 cas de mélanodermie de Freund, a repris l'étude de sa pathogénie et recherché l'activité pigmentogène d'une série d'essences après exposition au soleil ou irradiations par les rayons ultra-violets; il estime que l'hypothèse formulée par Del Vivo est celle qui cadre le mieux avec les faits: la mélanodermie de Freund est la conséquence d'une irritation d'ordre chimique due aux produits de la décomposition des huiles essentielles par les acides de la sueur, décomposition facilitée par les radiations solaires et certaines conditions atmosphériques encore mal précisées.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE (Turin)

R. Scotti-Douglas et R. Martinetti. *Influence de la saignée sur quelques composants biochimiques du sang et sur l'équilibre acido-basique chez les hypertendus* (*Archivio per le Scienze mediche*, t. LVII, n° 11, Novembre 1933). — De l'ensemble des recherches de S. et M. sur les effets de la saignée chez les malades atteints d'hypertension essentielle, il résulte que ses conséquences le plus souvent observées sont la déviation de l'équilibre acido-basique vers l'acidose et la diminution du taux de l'urée sanguine.

L'acidose consécutive à la saignée a déjà été signalée et on a soutenu qu'elle était défavorable; en réalité, elle est fugace et peu accentuée et un état d'alcalose légère n'est pas rare 24 heures après la saignée; l'importance pratique de l'acidose est donc faible et elle ne peut pas contre-indiquer la saignée chez les hypertendus.

La baisse de l'urée sanguine est presque la règle (10 cas sur 12, 1 cas où elle est restée stationnaire, 1 cas où elle a augmenté) et elle est nette (0,59 à 0,30, 0,72 à 0,63, 0,29 à 0,17; etc...); mais elle est de courte durée et, en 24 heures, le chiffre initial est atteint. Il serait intéressant de voir si la saignée a la même action chez les hypertendus avec azotémie élevée; des 12 malades étudiés, 8 avaient une azotémie inférieure à 0,50, 3 entre 0,50 et 0,60 et le dernier à 0,72.

Lucien Rouquès.

P. Guizetti. *Recherches anatomiques sur l'hypophyse et le système hypophyse-diencéphale dans les cas d'adiposité n'appartenant pas au type de Frœhlich, avec quelques notes sur l'anatomie normale du tuber* (*Archivio per le Scienze mediche*, t. LVIII. n° 1, Janvier 1934). — Dans un premier mémoire déjà analysé, G. a montré que dans les adiposités n'appartenant pas au type de Frœlich et non excessives, le système hypophyse-diencéphale était pratiquement normal; dans le présent mémoire, après avoir précisé quelques points de l'anatomie de la région, il expose les résultats de l'autopsie de 3 malades atteints d'adiposité considérable. Dans le premier (adiposité post-encéphalitique), il a trouvé des reliquats inflammatoires dans la zone intermédiaire aux lobes antérieur et postérieur de l'hypophyse et un foyer destructif et dégénératif beaucoup plus important avec également des reliquats inflammatoires, dans le pédoncule nerveux de l'hypophyse; les relations entre l'hypophyse et les noyaux neuro-végétatifs devaient donc être troublées. Dans le deuxième cas (adiposité de cause inconnue chez une femme de 66 ans), un des noyaux para-ventriculaires était détruit en grande partie et l'autre partiellement lésé, par suite d'un processus de péri-épendymite chronique. Dans le troisième cas (adiposité de cause inconnue chez un homme de 78 ans), le noyau para-ventriculaire gauche était partiellement détruit par un processus de gliose fibrillaire développé autour de tubes épithéliaux épendymaires.

Ces cas montrent que dans les grandes obésités, qui n'appartiennent pas au type de Frœlich, il y a des lésions du système hypophyse-diencéphale qui portent surtout sur les noyaux neuro-végétatifs du diencéphale; ces lésions n'aboutissent pas à la destruction complète du système; on sait d'ailleurs que l'adiposité apparaît seulement en cas de lésions partielles et non dans les destructions totales.

Lucien Rouquès.

L'OSPEDALE PSICHIATRICO

Ernesto Ciurla. *Tuberculose et maladie mentale* (*L'Ospedale psichiatrico*, An II, fasc. I, Janvier 1934). — Dans ce mémoire C. rapporte 10 nouveaux cas anatomo-cliniques de psychoses dont 6 d'apparence primitive et 4 de cause connue. De ces 6 cas de psychoses d'apparence primitive, 4 commencent au cours d'une tuberculose active évolutive, et précisément quand les symptômes focaux s'améliorent. Dans les 2 autres cas où le début de la tuberculose est malaisé à préciser, l'examen anatomique permet de penser que le début de la tuberculose a été antérieur à celui de la psychose. C. note également les rapports évolutifs entre les troubles psychiques et la tuberculose qui furent variables. Mais, dans les cas rapportés ici, il n'y eut pas d'alternance entre les accidents tuberculeux et les troubles mentaux. Il existe également un rapport entre les lésions histologiques cérébrales et le processus tuberculeux, les altérations de type chronique correspondant à un processus chronique, les altérations à type aigu à un processus aigu. C. insiste également sur les processus tuberculeux latents qui constituent la cause ignorée d'accidents psychiques.

Dans les psychoses de cause connue, on ne décèle ni cliniquement ni anatomiquement de lésion tuberculeuse dans certains cas; dans d'autres, l'examen anatomique montre des lésions de tuberculose éteinte indépendantes de l'évolution des troubles mentaux. Dans les deux ordres de psychoses, celles d'apparence primitive et celles de cause connue, C. montre qu'à côté du facteur exogène principal et dominant, on peut toujours mettre en lumière l'existence de facteurs étiologiques exogènes et endogènes accessoires.

H. Schaeffer.

ACTA DERMATOLOGICA (Kioto)

Funabashi. *Cutis hyperelastica* (*Acta dermatologica*, t. XXII, fasc. 3-4, 1933). — F. rapporte un cas de cette malformation cutanée décrite pour la première fois en 1736 par Turner, et connue sous différents noms : *cutis laxa*, *cutis hyperelastica*, *dermatolysis*, peau de caoutchouc.

Dans le cas de F. il s'agit d'une fillette de 9 ans dont le lobule de l'oreillette gauche peut s'allonger par la traction de plusieurs centimètres pour reprendre ensuite sa forme primitive. La mère de la malade avait la même malformation. Il n'existait aucun autre trouble subjectif.

On ne put faire chez cette malade une biopsie, mais dans les cas semblables, on ne trouve pas habituellement de lésions des fibres élastiques. Parfois, on note une dégénérescence myxomateuse des fibres collagènes, une dégénérescence gélatineuse et même une prolifération des fibres musculaires de la peau.

La cause de cette affection est inconnue; elle est souvent héréditaire comme dans ce cas; dans une observation de Wiener, on nota des cas de *cutis laxa* au cours de 3 générations (5 hommes et 5 femmes).

R. Burnier.

Kanae Izeki. *Nodosités juxta-articulaires et leur traitement par le salvarsan* (*Acta dermatologica*, t. XXII, fasc. 3-4, 1933). — K. a observé au Japon 4 cas de nodosités juxta-articulaires, le plus souvent chez des hommes adultes. Le siège est souvent symétrique, surtout à la jambe, autour des articulations; ces nodosités sont parfois héréditaires.

On a discuté leurs rapports avec le pian et la syphilis. On trouve sur les coupes des nodosités, la présence de tréponèmes qui ont une grande ressemblance avec ceux du pian et de la syphilis, mais qui paraissent différents.

L'inoculation d'une nodosité dans le scrotum d'un lapin a provoqué le développement d'un nodule ressemblant assez à un fibrome.

K. a observé une nodosité chez un malade qui n'avait ni le pian ni la syphilis.

Histologiquement, il s'agit de nodules fibromateux uni ou multiloculaires siégeant dans la couche profonde du derme, et qui régressent lentement avec le temps. La disparition est plus rapide après les injections de salvarsan.

K. a employé le salvarsan dans plus de 10 cas de nodosités et il a constaté la disparition rapide des lésions. L'iodure a également une vertu curative.

R. Burnier.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Lwow)

St. Teppa. *Résultats du traitement des séquelles post-encéphalitiques par l'atropine* (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XIII, n° 2, 7 Janvier 1934). — T. rapporte les résultats du traitement des séquelles post-encéphalitiques par l'atropine à hautes doses. Il a été traité ainsi 73 malades dont 23 non hospitalisés. Chez 7 malades, le traitement a été interrompu pour des raisons personnelles. L'amélioration a été constatée dans 45 cas. Chez un malade l'état s'est aggravé.

Le traitement est commencé à la dose d'1/4 de milligr. et poussé progressivement jusqu'à 3 et 4 milligr. *pro die*. Les malades sont surveillés étroitement surtout au point de vue du rythme cardiaque. La dose qui détermine une accélération de 104 à 110 pulsations n'est augmentée que lorsque le rythme redescend à 100. On a observé également de la rétention d'urine, des nausées, des vomissements, de l'asthénie, de la somnolence, de la soif et de l'inappétence. La sécheresse de la bouche et les troubles de l'accommodation sont constants.

En conclusion, T. considère l'atropine comme un médicament qui, quelquefois, peut amener la guérison complète même dans des cas sévères. Seules les manifestations dystoniques et les trouble du caractère des jeunes sujets n'ont aucune tendance à être améliorés. Les parakinésies psychomotrices régressent de façon insuffisante.

Fribourg-Blanc.

Julien Fliederbaum. *Le rôle de la rate dans le métabolisme de l'eau* (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XIII, n° 11, 11 Mars 1934). — Comme suite aux recherches antérieures (*Pol. Gaz. Lek.*, t. XII, n° 19, 1933), F. rapporte les résultats des expériences relatives au rôle de la rate dans le métabolisme hydrique. F. expérimente l'action des ex-

traits spléniques. Il conclut que la rate est non seulement un réservoir d'eau, mais qu'elle règle également sa répartition dans les tissus. L'extrait splénique, soit employé à dose unique, soit administré pendant plusieurs jours de suite, augmente l'absorption de l'eau par la peau, retient l'eau dans l'organisme et diminue son élimination rénale et extra-rénale. Il augmente aussi les œdèmes chez des malades qui en sont atteints.

Quant au mécanisme de cette action, il semble que l'extrait splénique n'agit ni par sa molécule d'albumine ni par ses dérivés histamine et choline puisque les extraits hépatiques secs qui en contiennent exercent une action inverse. F. estime que le passage d'eau dans les tissus dépend du système neuro-végétatif comme les autres processus biochimiques. Il semble que les extraits spléniques agissent en excitant le système nerveux sympathique et favorisent ainsi la rétention d'eau dans l'organisme.

Au point de vue pratique F. préconise l'emploi des extraits spléniques dans les états de déshydratation et dans le diabète insipide.

Fribourg-Blanc.

E. Michalowski. *L'artérite oblitérante du type Buerger et son traitement à la lumière des méthodes modernes* (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XIII, n° 12, 18 Mars 1934). — M. souligne la fréquence de l'artérite oblitérante chez les juifs russes et polonais et, dans son étiologie, l'usage du tabac. La précocité du diagnostic est très importante. Il doit être basé sur les caractères de la douleur, la fréquence de petites phlébites superficielles, troubles vaso-moteurs, spasmes vasculaires, claudication intermittente, troubles trophiques sous forme de suppuration périunguéale. L'état prénécrotique peut durer de longues années. A la période nécrotique, ce diagnostic est facile grâce à l'absence des battements artériels, l'abaissement de la température superficielle, les indications de l'oscillomètre de Pachon et les réactions cutanées comme celle de Cohen et de Starr.

Au point de vue thérapeutique, la conduite à tenir doit être conservatrice au maximum. Elle doit viser l'atténuation de la douleur et le développement de la circulation collatérale. Le repos absolu, l'acétylcholine, l'actino et thermothérapie sont à indiquer. M. préconise également le myostriatol (extrait de muscles striés, préparation polonaise de Dadlez et Koskowski). Le traitement chirurgical est palliatif ou radical. M. passe en revue diverses méthodes employées et mentionne spécialement l'épinéphrectomie qui lui a donné dans 2 cas des succès immédiats. Les résultats éloignés sont encore à vérifier. La gangliectomie est une intervention à souligner. Pour les interventions radicales le chirurgien doit être guidé par le souci constant d'assurer au malade le minimum de mutilation.

Fribourg-Blanc.

NOWINY LEKARSKIE
(Varsovie)

Mme J. Kowalczykowa. *De l'adéno-sarcome de l'œsophage* (*Nowiny Lekarskie*, t. XLVI, fasc. 1, 1er Janvier 1934). — K. rapporte le résumé de l'observation accompagnée d'une description détaillée et illustrée de figures d'une tumeur de l'œsophage ayant déterminé la mort d'une femme âgée de 24 ans.

Il s'agit d'une tumeur située à 20 cm. au-dessus du diaphragme. C'était une masse dure, circonscrite, compacte, faisant corps avec la paroi de l'œsophage et des masses ganglionnaires avoisinantes.

L'examen microscopique a révélé qu'il s'agissait d'une tumeur mixte, très caractérisée. Une partie de la masse néoplasique présentait la structure typique d'un sarcome fusocellulaire, cependant que des fragments prélevés à d'autres endroits présentaient un aspect tout différent. A ce niveau, entre les cellules fusiformes du sarcome et les cellules conjonctives normales s'intercalaient irrégulièrement des groupes de cellules ayant la structure adénomateuse. Il était impossible de délimiter le sarcome de l'adénome complètement intriqués.

Au point de vue de la pathogénie, K. suppose qu'il s'agit dans ce cas de la prolifération d'un groupe de cellules égarées à cet endroit pendant la période embryonnaire. Ce noyau renfermait des cellules du mésenchyme à côté d'autres susceptibles de donner naissance à des cellules d'épithélium cylindrique. Un tel groupe pourrait dater de la formation de l'appareil respiratoire.

Fribourg-Blanc.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

J. Goldman. *L'action de l'albumine introduite par la voie parentérale sur la sensibilité à l'insuline chez le chien normal* (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. X, n° 50, 14 Décembre 1933). — La diversité des opinions au sujet de la thérapeutique de choc protéinique au cours du diabète a inspiré à G. des recherches expérimentales sur les chiens normaux au sujet de leur sensibilité à l'égard de l'insuline sous l'influence de l'albumine introduite par la voie parentérale.

Préalablement, G. étudie chez 7 chiens leur façon individuelle de réagir à l'insuline. 2 jours plus tard, l'injection de l'insuline est précédée d'une injection sous-cutanée de lait. Les expériences prouvent que le lait introduit par la voie parentérale avant l'injection de l'insuline augmente la sensibilité de l'organisme du chien à l'égard de cette substance, que le taux du sucre dans le sang baisse dans des proportions plus fortes et pendant plus de temps. Cependant, à la suite d'une seconde injection de lait, l'hypoglycémie post-insulinique se transforme en hyperglycémie, ce qui pourrait expliquer l'aggravation que certains auteurs ont observée au cours du diabète chez l'homme à la suite des essais de protéinothérapie.

Fribourg-Blanc.

GRUZLICA

Mlle H. Poplawska. *Des pneumothorax insatiables* (*Gruzlica*, VIIIe Année, n° 6, 1933). — A propos de 25 observations de pneumothorax insatiable, Mlle P. rapporte les détails essentiels de 6 cas cliniques particulièrement démonstratifs, elle souligne la rareté relative de ce phénomène complexe et difficile à interpréter.

Il faut vraisemblablement le concours de plusieurs facteurs pour sa réalisation. En dehors de certaines conditions d'ordre biochimique, la constitution individuelle du sujet semble jouer un rôle important. Effectivement on remarque souvent la mobilité excessive du médiastin et son manque de fermeté. L'élasticité du parenchyme pulmonaire est plus grande. Il n'est pas impossible qu'il s'agisse des caractères particuliers de la trame élastique pulmonaire. Le diaphragme est souple et mobile. La plèvre peut réagir ou non, mais ses réactions sont discrètes et bénignes, plutôt sèches qu'avec épanchement, et leur rareté est évidente. D'une façon générale, chez ces malades, l'intervention est bien supportée et son pronostic éloigné est également favorable.

Fribourg-Blanc.

BUCURESTI MEDICAL

I. Bordeiano. *Chute d'un enfant d'une hauteur de 40 mètres sans lésion grave* (*Bucuresti médical*, t. VI, n° 1, 2 Janvier 1934). — B. rapporte l'observation d'un enfant de 15 ans qui fit une chute de 40 mètres. Le malade présentait un pouls imperceptible, les extrémités froides, de l'hématurie. L'abdomen était très douloureux surtout à gauche. Pendant la chute il eut la région lombaire et l'hypochondre gauche traumatisés. Le lendemain, le pouls devient perceptible, l'hématurie s'arrête, l'abdomen reste douloureux et contracté. L'enfant présentait une fracture de l'olécrane gauche et une scoliose vertébrale dorsale, à concavité gauche. L'état du malade s'améliore et il peut sortir deux semaines après. Une radiographie ne montre pas de fracture. Six mois plus tard la scoliose était disparue, et l'enfant reprit ses occupations d'apprenti menuisier.

Henri Krauter.

SPITALUL
(Bucarest)

I. Jiano, D. Dumitresco et M. Ghimpeteno. *L'ostéite du pariétal consécutive à un hématome* (*Spitalul*, t. LIII, n° 12, Décembre 1933). — J. et ses collaborateurs rapportent l'observation d'un cas d'ostéite secondaire à un hématome infecté. Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une contusion violente, fait une bosse sanguine douloureuse qu'on incise 2 semaines après.

La plaie opératoire suppure et produit une ostéite localisée du pariétal avec élimination opératoire d'un séquestre.

Dans un travail récent, F. d'Allaines et Husenstein, sur les ostéites traumatiques, n'ont trouvé que trois observations d'ostéite consécutive à l'hématome suppuré.

Ces cas se réfèrent à un hématome sous-périosté suppuré; 2 ont succombé à une complication endocranienne; le troisième guérit par trépanation et drainage d'un abcès profond. J., D. et G. précisent l'importance du siège de l'abcès : sous-cutané, sous-aponévrotique ou sous-périosté. L'ostéite des os craniens ne se manifeste que si le périoste est intéressé. L'hypothèse de Leroy et Müller que la moelle osseuse peut servir, par suite de la vasoconstriction et des hémorragies capillaires, de milieu de culture, est adoptée par les auteurs en admettant que l'hématome ne fût pas infecté à l'incision. Les symptômes sont classiques : la douleur a un caractère très pénible. La fièvre peut être élevée si les phénomènes sont aigus; elle peut manquer. La plaie traumatique ou opératoire n'a pas de tendance à la cicatrisation; ses bords sont dévitalisés et l'on sent ou l'on voit l'os dénudé. L'évolution peut se compliquer d'un abcès extra-dural, d'une thrombo-phlébite des sinus, d'une méningite ou d'un abcès cérébral. D'où la nécessité de traiter avec beaucoup d'attention les plaies des tissus mous de la voûte cranienne. En cas de suppuration, il faut débrider largement. Si la douleur ou la fièvre persistent et surtout si l'os est dénudé, une trépanation de la table externe de l'os s'impose. Quand le processus nécrotique s'étend à la table interne, il faut trépaner et drainer largement.

Henri Krauter.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

J. Lhermitte et **Cassaigne.** ***Les manifestations cérébrales des embolies gazeuses. Clinique, Anatomie pathologique. Expérimentation*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVII, n° 24, 24 Mars 1934). — Cinq minutes après une biopsie du cou avec ouverture de la veine jugulaire externe et bruit d'aspiration d'air au niveau de la plaie, un malade présenta une hémiplégie qui s'accompagna d'obnubilation psychique et dura une demi-heure. Le même phénomène se reproduisit le lendemain. Des phénomènes analogues ont été publiés antérieurement.

Des hémiplégies organiques par embolies gazeuses ont été observées aussi à la suite d'un pneumothorax thérapeutique. Dans ces hémiplégies, on note souvent la déviation conjuguée de la tête et des yeux et l'évolution est capricieuse.

Chez 12 lapins, l'injection d'air dans la veine marginale de l'oreille (1 à 2 cmc) a déterminé tous les phénomènes qui marquent, chez l'homme, l'embolie gazeuse : hémiplégie, monoplégie, crises tétanoïdes avec opistothonos, attaques épileptiques généralisées. Après ces injections, l'écorce cérébrale est la seule partie affectée. Dans les zones atteintes, les cellules pyramidales profondes paraissent rétractées, en pycnose, le noyau et les nucléoles ne sont plus visibles. Les dendrites sont également rétractées, onduleuses et en hypertraumatose. Ces lésions expérimentales permettent de rejeter l'hypothèse d'un réflexe.

L'embolie gazeuse, primitivement veineuse, peut, grâce à l'ouverture du trou de Botal ou à la perméabilité du réseau capillaire pulmonaire, devenir artérielle et provoquer dans la circulation encéphalique des perturbations assez profondes pour entraîner des paralysies, des convulsions et même la mort.

Robert Clément.

A. Lemierre. ***A propos du traitement de la fièvre ondulante*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVII, n° 32, 21 Avril 1934). — Dans certains cas de mélitococcie, l'antigénothérapie par les injections d'endoprotéides microbiennes donne des résultats intéressants. Les endo-protéines utilisées ont été extraites par Reuilly des corps microbiens de Brucella abortus au moyen de la technique de Bezredka.

Il y a grand intérêt, pour juger de l'opportunité de ce traitement et de la dose à injecter, d'apprécier le degré de sensibilisation de l'organisme par l'intensité plus ou moins grande de l'intra-dermo-réaction de Burnet au moyen de 2/10 de centimètre cube d'endoprotéines.

Dans un cas, qui a duré 110 jours, l'intradermo-réaction est restée constamment négative pour ne devenir positive que quelques jours après la chute de la température. Les injections intra-musculaires d'endoprotéines, même à la dose de 2 cmc 1/2, n'ont provoqué aucune réaction et n'ont été suivies d'aucune amélioration. Chez un autre sujet au contraire, l'intradermo-réaction s'est montrée positive d'emblée, 2 injections de 7/10 de cmc d'endoprotéine ont entraîné un choc réactionnel violent avec ascension thermique à 41° suivi d'une amélioration remarquable de l'état général et de la courbe thermique.

Il est vraisemblable que les autres méthodes de vaccinothérapie, comme l'endoprotéinothérapie, n'ont guère de chances d'être couronnées de succès aussi longtemps que le sujet atteint de fièvre ondulante ne se trouve pas en état d'allergie. Si ces faits se confirment, il est logique d'ajourner toutes vaccinothérapies jusqu'à ce que l'intradermo-réaction de Burnet soit devenue nettement positive. A défaut de ces méthodes de traitement, on peut s'adresser aux autres thérapeutiques de choc non spécifiques ou à la chimiothérapie par le jaune d'acridine ou le novarsénobenzol en tenant compte de l'action nocive du premier sur le rein et du second sur le foie.

Robert Clément.

L. Babonneix. ***La splénectomie dans l'anémie pseudo-leucémique*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVII, n° 32, 21 Avril 1934). — Chez une fillette de 16 mois, présentant une anémie grave avec splénomégalie et micropolyadénopathie, 15.000 globules blancs et 4 myélocytes pour 100, la splénectomie amena une amélioration considérable. Après l'intervention, le nombre des globules rouges et l'hémoglobine augmentèrent progressivement sans que la formule sanguine revînt à la normale.

A propos de cette observation, B. évoque quelques cas de succès de la splénectomie dans les anémies spléniques de l'enfance.

L'intervention est surtout indiquée dans les formes graves d'anémie splénique, quand elles ont une évolution subaiguë ou chronique ou qu'elles s'accompagnent d'ictère hémolytique.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

A. Aimes (Montpellier). ***Du danger de l'hirudination dans les contusions*** (*Le Progrès médical*, n° 11, 17 Mars 1934). — Chez une malade de 58 ans, une chute en arrière entraîna une vaste ecchymose de la région lombaire sur laquelle furent appliquées des sangsues. Le lendemain, formation d'un volumineux hématome augmentant rapidement, nécessitant une ponction. Après 7 jours, l'hématome s'étant infecté, il fallut intervenir, la poche contenait plus d'un demi-litre de sang altéré. Quelques heures après l'opération, une hémorragie profuse faillit entraîner la mort et nécessita une compression énergique.

Il est très vraisemblable que les applications répétées de sangsues sur une vaste ecchymose ont favorisé, sinon provoqué la formation de l'hématome et de l'hémorragie grave qui a accompagné son incision.

L'application de sangsues sur les contusions est une pratique illogique dont on doit s'abstenir.

Robert Clément.

Girbal. ***Asthme et rhumatisme. Traitement de l'asthme par les injections intraveineuses de salicylate de soude*** (*Le Progrès médical*, n° 19, 12 Mai 1934). — Chez un enfant âgé de 11 ans, asthmatique depuis l'âge de 2 ans, on découvrit un souffle mitral d'endocardite apparu sans qu'on ait noté à aucun moment aucune manifestation articulaire si minime soit-elle. 3 mois auparavant, après une crise d'asthme et de bronchite, la température avait oscillé pendant 3 mois aux environs de 38°. L'administration buccale de 4 gr. de salicylate par jour amena la disparition de la température, des phénomènes asthmatiques, et progressivement, le souffle qui était piaulant devint doux et faible sans disparaître.

Cette association d'asthme et d'endocardite améliorés par le salicylate incita G. à essayer le salicylate de soude chez d'autres asthmatiques. Pour obtenir des améliorations plus nettes, il employa des injections intraveineuses quotidiennes de 2, 4, puis 5 cmc de salicylate de soude et de glucose à 10 pour 100. Ces injections sont bien supportées, elles s'accompagnent cependant parfois d'une réaction générale plus ou moins vive, se manifestant par des frissons, des bouffées de chaleur, des nausées ou une douleur le long de la veine.

Dans 2 cas, cette méthode a donné des améliorations très nettes, encore trop récentes pour permettre une conclusion définitive.

Entre l'asthme et la maladie de Bouillaud, il existe des points communs. Les manifestations articulaires de celles-ci sont mobiles, fluxionnaires, transitoires et curables comme les manifestations broncho-pulmonaires de l'asthme. G. fait encore entre les deux un rapprochement pathogénique. Les deux maladies seraient sensibles au salicylate de soude qui agirait à la fois comme médicament spécifique et agent de choc.

Robert Clément.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

H. Claude et **P. Masquin.** ***L'évolution du dessin chez un paralytique général avant et après malariathérapie*** (*Annales Médico-Psychologiques*, t. XCII, n° 3, Mars 1934). — Si toute épreuve, que le sujet accomplit dans l'exercice courant de son métier, constitue un test intellectuel sans valeur, l'activité artistique au contraire, même professionnelle, apporte des renseignements précieux sur le fond mental du malade.

C. et M. ont traité un peintre de 52 ans, atteint de paralysie générale. Au début de sa maladie, il brossait des compositions remarquables par l'exagération des formes et des couleurs.

Impaludation au cours d'un accès d'excitation violente. Le malade se remet peu à peu à dessiner; d'abord gribouillages enfantins, puis productions incohérentes, enfin travaux appliqués mais dépourvus d'inspiration et de spontanéité. Les automatismes de métier ont survécu à l'affaiblissement intellectuel, contre lequel la malaria est demeurée impuissante.

Reproductions photographiques très démonstratives des œuvres du malade.

G. d'Heucqueville.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin)

H. Popper et **R. Scholl** (Vienne). ***Recherche de la lipase et diagnostic d'une pancréatite*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 10, 9 Mars 1934). — Le diagnostic clinique d'une pancréatite étant incertain on a cherché à déterminer la présence dans le sang d'une diastase et d'une lipase pancréatique. La recherche de la lipase dans les pancréatites aiguës ou subaiguës est peu importante, car il y a de nombreuses erreurs.

Quant aux pancréatites chroniques, les erreurs sont plus nombreuses. La valeur diagnostique de cette recherche est encore diminuée du fait qu'on peut constater une augmentation de lipases quand le pancréas n'est pas atteint : affections des voies biliaires, carcinomes, anémies pernicieuses et diabète.

La détermination de la diastase donne de meilleurs résultats, car elle reste régulièrement négative dans les affections n'intéressant pas le pancréas et pour P. et S., sa détermination semble être préférable à celle de la lipase.

Guy Haussen.

P. Linser (Tubingue). ***Etiologie et traitement de l'acné rosacée*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 11, 16 Mars 1934). — On la trouve surtout chez les gens âgés, mais l'alcoolisme et le froid peuvent également la déterminer le plus souvent précédée de signes d'acné vulgaire; comme elle, elle est due à de la folliculite. A la suite d'injection de vaccin anti-staphylococcique, L. a constaté une vive réaction des régions malades. Il en conclut que l'acné rosacée est une réaction allergique de la peau contre les cocci.

L. en a déduit également un traitement :

a) Injections sous-cutanées de 0,3 à 2 cmc de vaccin anti-staphylococcique;

b) Accessoirement massage, bains de la figure, antiseptiques locaux.

Les injections sont espacées de 2 à 3 semaines au début puis tous les mois et tous les 2 mois.

Cette thérapeutique rend inutile l'utilisation de rayons X, rayons infra-rouges, ultra-violets, etc.

Guy Haussen.

W. Heuck (Munich). ***Erythèmes du 9e jour de Milian*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 12, 23 Mars 1934). — Neuf jours après le début d'un traitement arsenical on peut observer des exanthèmes morbilliformes ou scarlatiniformes disparaissant rapidement et permettant alors de continuer sans risques la thérapeutique commencée.

D'après Milian, il s'agirait alors d'un effet « biotropique ». Pour d'autres auteurs ce serait là une dermatose allergique d'origine cutanéo-vasculaire analogue aux dermatoses allergiques dues à une sensibilisation de l'épiderme seul.

Cependant, H. a remarqué que dans l'érythème de Milian, on observe de la leucocytose, polynucléose de 80 à 90 pour 100 sans éosinophilie, donc analogie avec les maladies infectieuses.

L'érythème de Milian doit donc être considéré comme différent d'une simple réaction allergique après traitement arsenical.

Guy Haussen.

H. Kreis et **M. Mittelbach** (Munich). ***Signes cliniques et anatomie pathologique d'une lymphadénie*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 12, 23 Mars 1934). — K. et M. rapportent le cas d'un jeune homme de 23 ans atteint de lymphadénie et qui fut suivi pendant près de 8 mois: température à 40°, foie et rate hypertrophiés, ascite volumineuse.

L'examen du sang montre 2 millions 250.000 gr., 1.800 leucocytes. Quelques temps avant la mort les leucocytes remontèrent à 4.800. Pas de lymphoblastes. A la nécropsie, on trouva principalement une atteinte de la rate et du foie et accessoirement des glandes lymphatiques et de la moelle épinière. On retrouva des lymphocytes dans les infiltrats de foie et de rate. Il s'agirait selon K. et M. d'une diathèse hémorragique, dont les aspects cliniques sont très nombreux, étant donné que l'affection peut présenter des localisations particulièrement nombreuses.

Guy Haussen.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE (Berlin)

W. Bickenbach et **H. Rupp**. ***Influence de l'action antidiurétique et de l'action précipitant le chlore de l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse par le sérum sanguin des femmes gravides et non gravides (Contribution à la question du lobe postérieur de l'hypophyse dans les toxicoses de la gestation)*** [*Archiv für Gynäkologie*, t. CLV, f. 3, 1934]. — B. et R. passent en revue les diverses conceptions concernant la pathogénie de l'éclampsie et des toxémies gravidiques fondées sur les recherches expérimentales récentes. Eux-mêmes étudient l'action de l'addition du sérum de non gravides sur l'effet antidiurétique et précipitant le chlore de l'hypophysine en cas de réaction alcaline et acide. Dans une autre série d'expériences, ils recherchent la même action avec addition de sérum de femmes gravides. La plupart de leurs expériences furent effectuées sur des lapines à l'aide de la méthode de Kestranck, Molitor et Pick.

Les faits qu'ils ont constatés peuvent se résumer de la façon suivante : par addition de sérum de femmes non gravides à l'extrait hypophysaire injectable, dans la majorité des cas, ils ont observé, mais sans régularité, l'affaiblissement de l'action antidiurétique et précipitant le chlore de l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse. Cette action se manifeste au même degré ou d'une manière plus marquée en employant le sérum des gravides. La même propriété est présentée aussi par le sérum des prééclamptiques; B. et R. n'ont pu constater une différence au point de vue quantité. Ils ne peuvent déduire jusqu'à présent des données positives sur la nature et l'importance biologique de cette propriété du sérum. Cependant, d'après leurs expériences, il s'ensuit que cette action inhibitrice du sérum ne repose ni sur la sensibilité aux alcalins de l'hypophysine ni sur l'alcalescence du sérum sanguin.

Henri Vignes.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG (Dresde)

H. Fronius. ***La dextrocardie congénitale isolée*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXVI, n° 4, 15 Février 1934). — La dextrocardie congénitale à l'état isolé, indépendante d'une inversion totale des viscères, est une anomalie extrêmement rare et coexistant presque toujours avec des malformations cardiaques en général incompatibles avec la vie. Dans le cas de F., il n'en existait aucune et le sujet était un sportif accompli, sans passé pathologique pleural ni pulmonaire.

L'examen radiologique et l'électrocardiographie ont permis un diagnostic exact de l'anomalie de situation du cœur, difficilement identifiable jusqu'à l'avènement de ces méthodes. L'ombre cardiaque, tout à fait atypique et située dans la moitié droite du thorax, ne montre pas une image renversée du cœur, car l'ombre de la base du cœur répond complètement à la normale. On ne retrouve pas la configuration habituelle de la pointe du cœur et il n'y a point de battements à ce niveau. L'arc pulmonaire est invisible en position oblique. L'aorte descendante se trouve comme normalement le long du flanc gauche de la colonne vertébrale, ainsi qu'il est signalé dans la plupart des cas de dextrocardie congénitale isolée. Rien, du point de vue radiologique, ne pouvait faire penser à une dextrocardie acquise. Contre le cœur pendulaire plaident les dimensions du cœur, l'absence de situation basse du diaphragme et de poche à air gastrique volumineuse.

L'électrocardiogramme diffère nettement de celui de l'inversion viscérale totale; à part l'inversion de l'onde T en dérivation I, il ressemble à un électrocardiogramme normal, ce qui montre que le cœur gauche et le cœur droit ont gardé leurs rapports normaux. La grande amplitude de Q en dérivation II est signe d'une rotation avec transposition concomitante du cœur vers la droite.

F. discute la pathogénie de cette anomalie cardiaque qu'il considère comme une anomalie de la formation du cœur survenant après la sixième semaine de son développement, et comme une malformation par empêchement de développement puisque le plus souvent elle s'accompagne de vices de conformation.

P.-L. Marie.

J. Gupta (Calcutta). ***L'hypertension dans le rétrécissement mitral*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXVI, n° 8, 15 Avril 1934). — G. étudie les relations existant entre le rétrécissement mitral et l'hypertension. Analysant les observations recueillies pendant 4 ans à la clinique médicale de Leipzig, il montre que les cas de rétrécissement mitral associé à l'hypertension constituent un groupe à part, offrant un tableau clinique spécial et ayant une évolution particulière.

Comme symptômes subjectifs propres à cette forme, il faut signaler des troubles nerveux généraux (sensation d'asthénie, abattement, répugnance pour le travail), puis des maux de tête, des migraines, des accès de vertige, des palpitations très accusées, une toux persistante avec ou sans expectoration, parfois des crises d'angine de poitrine et des accès d'asthme cardiaque, assez souvent des troubles gastro-intestinaux masquant les symptômes cardio-pulmonaires de la maladie. Comme signes objectifs, on note la fréquence de l'œdème et des hydropisies des séreuses. On rencontre tous les degrés d'hypertension, mais le plus souvent il s'agit d'une augmentation minime ou moyenne; il n'y a pas de parallélisme entre le degré de décompensation et le niveau de la pression chez la plupart des malades, si bien que le facteur créant l'hypertension dans le rétrécissement mitral doit être cherché ailleurs que dans la décompensation.

La sténose mitrale associée à l'hypertension évolue en général de façon plus favorable que le rétrécissement mitral habituel. Plusieurs des patients avaient dépassé la soixantaine. Ce meilleur pronostic semble relever d'une plus grande faculté d'accommodation de la circulation aux conditions extrinsèques qui se traduit d'ailleurs par une réaction plus marquée aux agents thérapeutiques.

G. considère cette hypertension comme un phénomène réflexe, se produisant, comme les processus physiologiques normaux, à titre d'auto-régulation réflexe de la circulation. Les voies nerveuses qui sont en cause ici sont les presso-récepteurs. La diminution de l'ondée sanguine passant par l'aorte détermine une diminution de l'excitation des presso-récepteurs, qui, de son côté, produit un état de sympathicotonie se traduisant par une augmentation de la vaso-constriction périphérique et par une accélération des battements du cœur. Quand la vaso-constriction dépasse un certain degré, une élévation de la pression sanguine s'ensuit.

P.-L. Marie.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN (Leipzig)

H. Petith. ***Etude critique du rôle des toxines pneumococciques dans le tableau immunologique des affections pneumococciques*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LV, n° 5, 3 Février 1934). — On trouvera dans ce travail une revue générale des recherches consacrées dans ces dernières années aux toxines pneumococciques dont l'existence a été souvent contestée.

A la lumière de ces publications, P. s'efforce de montrer que l'existence de différentes toxines pneumococciques a été établie par divers chercheurs et qu'il importe de tenir compte de cette notion aujourd'hui où la conception de l'étiologie anaphylactique de la pneumonie jouit d'une certaine faveur. On ne peut encore dire actuellement si ces substances jouent un rôle dans la maladie humaine ni dans quelle mesure elles interviennent. On peut penser aussi que les produits toxiques, présents dans les autolysats, ne se forment pas dans l'organime. Ce qui frappe à l'examen critique des travaux, ce sont les fortes divergences dans les méthodes employées et dans les résultats des divers auteurs ainsi que le manque de confirmations ultérieures. Tout le problème est d'ailleurs fort complexe. Il ne sera possible de prendre position qu'après de nouvelles recherches expérimentales plus systématiques. La question, à côté de son intérêt théorique, offre un côté pratique important, car on pourrait songer, une fois la toxine pneumococcique mieux connue, à réaliser une immunisation active prophylactique.

P. traite spécialement des réactions cutanées, déterminées chez l'homme par divers dérivés des pneumocoques. Des constatations faites jusqu'ici il ressort que, malgré toutes les divergences d'interprétation des observateurs, ces réactions obéissent à des lois et présentent une fidélité suffisante pour qu'on puisse songer à les appliquer en clinique. Il se pourrait même, à en croire Kramar et Gyüre, qu'elles soient spécifiques du type de pneumocoque en cause. Malheureusement, la plupart des travaux faits sur les réactions cutanées concernent des broncho-pneumonies, qui sont dues à des pneumocoques du groupe IV qui est dépourvu d'unité au point de vue immunologique si bien que leur valeur est déjà très restreinte de ce fait.

P.-L. Marie.

H. Hunscheidt. ***Le calcium dans l'hypersensibilité à l'insuline*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LV, n° 16, 21 Avril 1934). — Le calcium dont l'action désensibilisante est depuis longtemps connue, est souvent utilisé pour combattre les états allergiques (urticaire, asthme, hypersensibilité à l'arsénobenzol, etc.), mais il est susceptible aussi de rendre de grands services dans l'hypersensibilité à l'insuline, hypersensibilité qu'on a d'abord attribuée à la présence d'albumine étrangère, mais qui est bien due à l'insuline elle-même. Il est des malades intolérants à toutes les sortes d'insuline, quelle qu'en soit la marque, et qui présentent des réactions générales fâcheuses (frissons, hyperthermie, œdèmes, etc.) et parfois violentes. Dans un cas de ce genre, H. a pu injecter la quantité voulue d'insuline en ajoutant dans la seringue 10 cmc de calcium Sandoz sans déterminer aucune réaction allergique, réussissant à poursuivre ainsi le traitement insulinique indispensable.

P.-L. Marie.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

Hermann Eitel (Fribourg-en-Brisgau). ***Corps thyroïde et système nerveux. Une étude expérimentale au sujet de l'étiologie de la maladie de Basedow*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXLII, n° 78, 10 Mars 1934). — E. reconnaît que des chirurgiens français ont obtenu quelques succès dans le traitement de la maladie de Basedow par la résection d'un segment du sympathique cervical. Mais ses expériences lui permettent d'affirmer, dit-il, que l'hyperthyroïdie basedowienne est indépendante du système nerveux sympathique. En se basant sur les expériences de Lœ, Aron, Jonassen et Lœser, il a étudié les effets de l'injection souvent renouvelée d'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse de mammifères; il donne le nom de thyréotrope à la substance active contenue dans cet extrait. Il oppose l'action de cette substance thyréotrope à celle de l'extrait total thyroïdien. Si l'extrait total thyroïdien modifie en la diminuant la réserve glycogénique du foie, si cet extrait a une action nette sur le système nerveux, il n'a par contre aucune action modificatrice sur la structure même de la glande thyroïde.

E. serait arrivé à reproduire dans la thyroïde les modifications histologiques de la maladie de Basedow en injectant des doses répétées d'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse; bien plus, ces modifications auraient été également constatées sur des transplants autoplastiques ou hétéroplastiques de glande thyroïde.

P. Wilmoth.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Ensbruner. ***Zona généralisé chez un malade atteint de syphilis nerveuse et de tuberculose pulmonaire*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 10, 10 Mars 1934). — Un homme de 58 ans vint consulter le 5 Janvier pour un zona gangreneux de la région occipito-temporale gauche. D'autres vésicules existent sur le tronc, le thorax, l'abdomen, sur les cuisses et les bras : le contenu est tantôt clair, tantôt purulent. Les vésicules sont au nombre d'une centaine. Le malade se plaint de vives douleurs de la nuque et de la région sterno-mastoïdienne. La dessiccation des vésicules fut normale et le 20 Janvier les foyers nécrotiques de la nuque étaient cicatrisés.

La pupille droite était plus petite qu'à gauche. L'examen général montra une tuberculose fibro-caséeuse avec caverne à droite. Les réactions sérologiques au Wassermann et Meinicke étaient positives. L'examen globulaire montra une anémie notable avec mono et lymphocytose. Le liquide céphalo-rachidien était très trouble; dans le culot de centrifugation, on trouva 72 pour 100 de polynucléaires et 28 pour 100 de lymphocytes et de grandes cellules rondes.

Les réactions de Wassermann, Pandy, Nonne-Apelt étaient positives. La culture et l'inoculation à l'animal furent négatives.

L'inoculation du contenu des vésicules à la cornée du lapin fut négative.

Il s'agit donc d'un zona généralisé avec méningite zonateuse très nette. La tuberculose pulmonaire en affaiblissant l'organisme a pu déterminer la généralisation et la syphilis nerveuse, bien que pauvre en symptômes, a pu favoriser la localisation méningée du virus herpétique.

R. Burnier.

Ganowsky. ***Les lésions de la muqueuse buccale causées par l'électrolyse*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 10, 10 Mars 1934). — G. attire l'attention sur les altérations gingivo-dentaires qui peuvent être causées par des courants électrolytiques, en cas de présence de deux métaux différents dans la cavité buccale. Il s'établit entre les deux métaux (comme dans un élément galvanique) des courants électriques qui peuvent entraîner des troubles objectifs et subjectifs de stomatite, de gingivite et de paradentose.

Ces troubles peuvent s'observer dans deux ordres de cas :

a) Electrolyse par amalgames, pièces de prothèse (couronnes, bridges) de métaux divers (or, argent, etc.).

G. en rapporte 3 observations personnelles.

b) Electrolyse professionnelle : chez les ouvriers métallurgistes, les télégraphistes, qui mettent souvent des fils électriques dans la bouche, les musiciens d'instruments à vent; les embouchures en laiton sont plus nocives que celles en palladium. G. relate 9 observations de musiciens (trombone, cor, trompette) qui avaient des amalgames ou des appareils de prothèse en or, et qui présentèrent des lésions de gingivite localisée, de stomatite et de paradentose.

Dans 2 autres cas, il s'agissait d'un coiffeur pour dames qui avait un amalgame et une couronne d'or et qui avait l'habitude de placer en frisant les épingles à cheveux dans sa bouche; et d'une couturière qui, en cousant, mettait ses aiguilles entre les dents; tous deux eurent une gingivite marginale par électrolyse.

R. Burnier.

Paldrock et **Poodman.** ***L'influence de l'hyposulfite de soude sur le microbe de la lèpre*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 14, 7 Avril 1934). — On a expérimenté de nombreux composés chimiques dans le but de savoir comment se comportait *in vitro* le microbe de la lèpre vis-à-vis d'eux. C'est ainsi qu'on a employé l'huile de chaulmoogra, le yatrène-caséine, le lipatrène, le léprosan, l'alepol, la fouadine, le néostibosan, et les composés auriques : R 103, le triphal, le krysolgan, la sanocrysine, le lopion et le solganal.

Parmi ces corps, la fouadine, le néostibosan, R 103, changent en 3 heures les bacilles de gram-positifs en gram-négatifs; il faut 6 heures avec le lopion et le solganal; cependant, cliniquement, ces deux derniers corps semblent agir plus efficacement sur les lésions lépreuses que les trois premiers.

P. et P. ont employé dans le même but une solution aqueuse d'hyposulfite de soude à 10 pour 100 qu'ils laissent en contact durant plus ou moins longtemps avec des préparations de lépromes. Au bout de 3 heures de contact, les bacilles commencent à devenir gram-positifs; l'acmé est atteint au bout de 24 heures. Les bacilles se modifient dans leur forme et prennent un aspect mycosique; le microbe de la lèpre ne paraît pas en effet être un vrai bacille, mais plutôt un champignon.

P. et P. ont l'intention d'employer l'hyposulfite de soude dans le traitement de la lèpre chez l'homme.

R. Burnier.

Hruszek. ***Le zona récidivant*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVIII, n° 17, 28 Avril 1934). — Il est classique de dire que le zona ne récidive pas.

H. rapporte 2 observations de récidives de zona :

L'une a trait à une vieille femme de 74 ans, qui, le 5 Décembre 1932, avait eu un zona intercostal droit et qui le 7 Décembre 1933 fit *au même point* un deuxième zona.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de 52 ans qui eut un zona de la fesse gauche le 6 Décembre 1933; le 27 Décembre 1933, apparut un deuxième zona intercostal droit, avec violentes névralgies; le lendemain, on nota une éruption généralisée de vésicules disséminées sur tout le tronc.

Dans les 2 cas, l'inoculation du contenu des vésicules à la cornée du lapin fut *négative*.

R. Burnier.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA (Buenos-Aires)

L. Surraco et **E. Bonnecarrère.** ***La sédation immédiate de la douleur dans l'orchi-épididymite gonococcique*** (*Revista Medica latino-americana*, t. XIX, n° 221, Février 1934). — S. et B. rappellent la constitution du cordon et du hile déférent. L'invasion gonococcique détermine im-

contre la
GRIPPE

CATALGINE

PROPRIÉTÉS ANTITHERMIQUES, ANALGÉSIQUES,
ANTIRHUMATISMALES PUISSANTES.

comprimés sans saveur

anhydride phénylquinoléine carbonique,
acide acétylsalicylique.

GRIPPE, NÉVRALGIES, SCIATIQUE, NÉVRITES, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT, RHUMATISME CHRONIQUE GOUTTEUX, ETC...



98, rue de Sèvres, PARIS (VII°)
SEGUR 70-27 et la suite

Seule Poudre d'Ovaire desséchée par un procédé nouveau qui, par sa rapidité permet à l'organe de conserver toutes ses propriétés.

HOLOVARINE

POUDRE D'OVAIRE INTÉGRAL

DOSE : 1 à 4 cachets ou dragées par jour avant le repas.

Echantillons gratuits sur demande

LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE
48, Rue de la Procession. PARIS (15e). Tél. Ségur : 26-87

médiatement la formation d'un « plastron épididymaire » infecté.

L'œdème infectieux des cavités lymphatiques distend leurs parois et les terminaisons nerveuses, produisant une douleur intense localisée aux bourses, qui irradie sur le trajet des voies déférentes et spermatiques.

S. et B. proposent de modifier l'équilibre des tensions de liquides en injectant de 10 à 20 cmc de sérum physiologique dans les tuniques du cordon. On distend ainsi les gaines au maximum.

Cette technique provoque une sédation immédiate et durable de la douleur, comme sous l'influence d'une solution analgésique. Secondairement, elle hâterait la résolution du processus inflammatoire.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE (Bruxelles)

P. Lambin et **J. Gérard** (Louvain). ***L'hépato-splénographie au thorotrast*** (*Journal belge de Gastro-Entérologie*, t. II, n° 3, Mars 1934). — L. et G. ont étudié expérimentalement chez le lapin, depuis 3 ans, les injections intra-veineuses de dioxyde de thorium pour obtenir l'opacification du foie et de la rate et ont comparé ces résultats à ceux de 448 hépato-splénographies chez l'homme publiées par 50 auteurs.

Le dioxyde de thorium est fixé par les cellules réticulo-endothéliales limitrophes du torrent circulatoire, surtout dans la rate et dans le foie, mais aussi dans la moelle osseuse, les surrénales et le poumon. L'injection de la substance opacifiante, même à doses supérieures à celles préconisées en clinique, n'entrave pas la croissance des jeunes animaux et ne produit pas de chute de poids chez l'adulte. A la dose d'un centigramme par kilog, le dioxyde de thorium produit une légère irritation médullaire qui se traduit par le passage dans le sang de quelques érythroblastes. A doses plus élevées, il provoque une anémie suivie d'une rapide régénération. Il y a d'abord leucopénie et neutropénie, puis leucocytose à polynucléaires neutrophiles. L'injection, même à faibles doses, entraîne une thrombopénie intense, fréquemment suivie de thrombocytose. Le thorotrast modifie également le métabolisme des hydrates de carbone, il produit une hyperglycémie et un abaissement de la tolérance au glucose.

A côté de ces effets immédiats, le dioxyde de thorium a des effets tardifs. 1 à 3 ans, après l'injection, le foie et la rate demeurent opaques, l'opacification, d'homogène, devient réticulée. Dans la rate, il y a atrophie des follicules de Malpighi et ébauche d'organisation fibreuse.

Au niveau du foie les histiocytes chargés de thorium se déplacent vers les espaces lymphatiques périportaux, surchargeant les ganglions du carrefour. Le espaces périportaux montrent une réaction fibreuse en rapport avec la dose injectée. Avec des injections massives, 2 lapins sur 8 ont présenté d'importantes déformations osseuses macroscopiques.

En clinique, si les injections de thorotrast sont en général bien supportées, on a signalé des manifestations de choc: urticaire, œdème, collapsus; des accidents hémorragiques et des thromboses mortelles des veines et sinus spléniques.

L'absence presque complète d'élimination du thorium et sa radio-activité imposent les réserves les plus formelles concernant l'innocuité tardive des injections intra-veineuses de cette substance.

Robert Clément.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

Gonzalez Galvan. ***Traitement des ulcères gastro-duodénaux par les extraits de rate*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t XXXVII, n° 10, 10 Mars 1934). — Après les extraits glandulaires, l'insuline, la pepsine, etc., il était légitime d'essayer les extraits de rate, dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal.

Sur la sécrétion gastrique, ils exercent une action régulatrice corrigeant à la fois l'hyper et l'hypoacidité. Ils modifient l'indice réfractométrique du sérum, le temps de coagulation, la glycémie et la cholestérinémie.

G. a traité, par cette méthode, 17 malades, les uns demeurant au régime ordinaire, les autres soumis à la diète uvo-lactée, d'autres enfin recevant des médicaments complémentaires.

La douleur a disparu d'une manière presque constante, ainsi que les spasmes gastriques. Dans 9 cas, l'on a obtenu une guérison durable. En outre, les extraits de rate exalteraient les processus de défense, réduiraient le déséquilibre neuro-végétatif.

G. d'Heucqueville.

LA MEDICINA IBERA (Madrid)

C. Juaros. ***La mélancolie, syndrome précurseur des autres atteintes du système nerveux*** (*La Medicina Ibera*, t. XVIII, n° 852, 10 Mars 1934). — J. publie 3 observations, riches d'enseignements, de syndromes mélancoliques prémonitoires, respectivement de paralysie générale, délire chronique et tumeur cérébrale.

Il faut distinguer les mélancolies endogènes et les mélancolies réactionnelles.

La dépression mélancolique s'accompagne de désordres humoraux (hyperglycémie, hypo-bromémie, décharge d'hormone hypophysaire antérieure). Nombre d'auteurs la rattachent à une perturbation endocrinienne profonde, à un déséquilibre neurovégétatif (vagotonie), ou à une intoxication.

J. précise les rapports de la mélancolie avec les états psychopathiques voisins, schizophrénie, délires, etc.

Le trouble fondamental de toute mélancolie réside dans la déviation de la cénesthésie, de la tonalité affective. Chez les prédisposés, la cénesthésie se transforme, la tonalité affective s'assombrit, comme un réactif, sous l'influence de causes pathogènes quelconques, infection, intoxication, délire, etc.

G. d'Heucqueville.

P.-C. de la Torre. ***Guérison rapide des cavernes tuberculeuses par la phrénicectomie, associée à la chrysothérapie et à la cure sanatoriale*** (*La Medicina Ibera*, t. XVIII, n° 855, 31 Mars 1934). — T. rappelle la pathogénie et la classification des cavernes pulmonaires tuberculeuses. La présence d'une caverne, ouverte ou fermée, chez un bacillaire, assombrit toujours le pronostic. On peut toujours espérer néanmoins la réduire ou même la guérir.

T. rapporte 3 observations de cavernes guéries, chez des sujets traités par la phrénicectomie, la chrysothérapie et le séjour en sanatorium. Il tente de distinguer, dans chaque cas, les résultats dus à chacun de ces trois facteurs.

La phrénicectomie, quand ses effets sont consolidés par la chrysothérapie et la cure sanatoriale, offre une sécurité supérieure à celle du pneumothorax. Elle doit lui être préférée dans certaines conditions familiales ou sociales, qui constituent des indications formelles.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

A. Kinkrer et **L. Rowntree.** ***La fièvre idiopathique*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 12, 24 Mars 1934). — K. et R. ont observé à la clinique Mayo dans les 10 dernières années une centaine de cas de cette curieuse affection, encore mal connue: caractérisée par une hyperthermie modérée et un certain degré d'asthénie, sans symptômes surajoutés, et sans qu'il soit possible de trouver une explication de cette fièvre.

Dans la plupart des cas, le diagnostic de tuberculose avait été fait, et plusieurs de ces malades avaient même séjourné en sanatorium, sans aucune modification de leur état.

Parmi ces 100 malades, la moitié environ, ayant été trouvé porteuse de foyers infectieux latents, fut débarrassée chirurgicalement de ces foyers, sans que la proportion des guérisons fût supérieure à celle des malades non traités.

Pour K. et R., cette curieuse affection, qui se voit surtout chez les femmes, est sans doute névropathique ou endocrinienne.

R. Rivoire.

A. Richter et **H. Levine.** ***La pleurodynie épidémique*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 12, 24 Mars 1934). — Au cours de l'été dernier une épidémie de pleurodynie fut observée à Boston. R. et L. en ont observé pour leur part 24 cas.

Il s'agit d'une affection curieuse, de pathogénie inconnue, survenant par épidémies: la première ayant été observée en Virginie en 1888, et une seconde plus disséminée en 1925 et 1926. Elle est caractérisée par l'apparition brutale d'une très violente douleur thoracique, aggravée par les mouvements et la respiration, accompagnée d'une élévation de température à 39°. Le plus souvent, la douleur et la fièvre disparaissent en 24 ou 48 heures, mais dans certains cas il y a plusieurs récidives, de plus en plus atténuées.

On n'a jamais observé de complications.

Certains observateurs avaient trouvé un plasmodium dans les globules rouges de quelques-uns de ces malades, mais cette découverte n'a jamais été confirmée. Pour certains auteurs, il s'agirait peut-être d'une forme atypique de Dengue.

R. Rivoire.

L. Hill. ***La valeur des cuti-réactions aux protéines dans l'eczéma infantile*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 12, 24 Mars 1934). — La valeur des cuti-réactions aux protéines variées chez les enfants atteints d'eczéma a été très discutée, parce que la plupart de ces enfants réagissent violemment au blanc d'œuf, alors que la plupart n'ont jamais absorbé cette albumine. Pour H., cette sensibilisation serait héréditaire ou acquise pendant la vie intra-utérine, et l'eczéma serait dû à des sous-produits de la digestion d'autres albumines alimentaires. Quand la sensibilisation existe, en même temps que pour l'ovalbumine, pour d'autres aliments, il est plus facile de guérir l'eczéma en supprimant l'aliment en cause. Quand il n'existe qu'une sensibilisation isolée pour le blanc d'œuf, il est beaucoup plus difficile d'arriver à un résultat, la plupart des aliments étant dans ce cas capables de déterminer de l'eczéma. D'ailleurs la plupart des enfants atteints d'eczéma ont une sensibilité anormale vis-à-vis de

tous les antigènes; ils sont par exemple sensibilisés au lait pendant leur enfance, et quelques années plus tard ils seront sensibilisés au pollen et feront un rhume de foins. Le traitement de ces malades sera donc décevant tant qu'on ne connaîtra pas mieux le substratum et le traitement de la « maladie allergique ».

R. Rivoire.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

Ch. A. Flood et **Edw. L. Howes** (New-York). ***Etude expérimentale sur l'action de l'histamine sur la guérison des pertes de substance de la muqueuse gastrique: ulcère gastrique artificiel*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LVIII, n° 2, Février 1934). — Fl. et H. ont voulu contrôler les affirmations de Best et Mac Henry qui prétendent que l'histamine en injections sous-cutanées aurait une action retardatrice sur la cicatrisation des pertes de substance de la muqueuse gastrique.

Pour cela, chez des chats et des chiens, ils ont réséqué sur la muqueuse gastrique des fragments d'un centimètre carré. Ces résections portaient sur deux régions: la région juxta-pylorique et haut sur la grande courbure. Puis ils injectaient aux animaux des doses variées d'histamine.

Il n'est pas douteux que l'histamine provoque des modifications marquées dans la cicatrisation des pertes de substance de la muqueuse gastrique. Cette action est très nette pour les brèches juxta-pyloriques. Il y a augmentation de la destruction des tissus du fond de l'ulcère et retard dans la rapidité de croissance de l'épithélium à la surface de la brèche: quand la cicatrisation commence, elle s'accompagne d'une prolifération excessive du tissu conjonctif sur le fond et les bords de l'ulcère, d'où induration de la lésion.

Il y a un rapport entre ces phénomènes et la dose d'histamine injectée. Les doses trop faibles n'ont pas d'action; les doses trop fortes sont toxiques. La dose supportable est de 1 à 1,2 milligr. par kilogramme d'animal deux fois par jour.

Les ulcères haut placés sur la grande courbure subissent les mêmes modifications que les ulcères juxta-pyloriques, mais à un degré bien moins marqué. Cette différence est intéressante, car elle correspond à la rareté des ulcères chroniques haut situés sur la grande courbure chez l'homme.

Malgré l'action retardatrice de l'histamine, les pertes de substances de la muqueuse gastrique finissent par guérir, mais ce n'est pas absolument constant puisque dans 3 cas il y eut perforation gastrique.

M. Guibé.

M. A. Stewart (Houston-Texas). ***Un nouveau traitement de l'ostéomyélite: note préliminaire*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LVIII, n° 2, Février 1934). — Il ne s'agit pas ici du traitement de l'ostéomyélite aiguë, mais de l'ostéomyélite chronique.

On sait que récemment on a proposé pour la cicatrisation rapide des cavités osseuses après trépanation pour ostéomyélite l'usage d'asticots dont on remplissait la cavité. Mais ce traitement présente de multiples inconvénients. Aussi, à la suite de différents auteurs, St. a-t-il cherché à élucider le mécanisme de cette action.

Après avoir essayé des extraits d'asticots sous toutes les formes, il a fini par découvrir que les asticots exsudent du carbonate de calcium par les parois de leur corps. Une centaine d'asticots exsuderaient en moyenne 0 milligr. 6 de carbonate par 24 heures. Or, on sait que les ions de calcium excitent la phagocytose.

Aussi, St. conseille-t-il de traiter ainsi les cavités d'ostéomyélite :

Lavage de la plaie avec une solution aqueuse d'acide picrique au 1/400 additionnée de 8 pour 100 de glycérine, puis pulvérisation dans la plaie d'une suspension aqueuse de carbonate de chaux au 1/10.

Les pansements seront faits, au début, tous les jours; mais au bout de 8 à 15 jours il suffira de les faire trois fois par semaine.

Les résultats ainsi obtenus seraient les équivalents de ceux que donnent les asticots sans en avoir les inconvénients.

Dans les cas où il existe à la surface de la plaie de la nécrose des tissus, St. conseille de faire sur ces tissus une application avec une solution aqueuse de thiophénol à 1/10.

M. Guibé.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

P. Johnson. ***Le traitement de la malaria par l'Atebrin chez les Européens*** (*British medical journal*, n° 3819, 17 Mars 1934). — Il semble que l'atebrin soit supérieure à la quinine dans le traitement de la malaria, car, non seulement ce médicament abaisse la température et supprime plus rapidement le parasite du sang, mais encore, il est plus agréable à prendre, ne donnant pas naissance à des symptômes neurotrophiques, tels que les bourdonnements d'oreille et la surdité. Bien toléré par les enfants à doses relativement élevées, ce médicament est précieux pour les sujets sensibilisés à la quinine. La brièveté et la simplicité du traitement sont un autre avantage. On le donne sous forme de comprimés de 0 centigr. 10, à la dose de 3 comprimés par jour; la dose totale variant entre 1 gr., 4 et 2 gr., 4 pour un adulte. Le repos au lit doit être maintenu 48 heures après la terminaison de la période fébrile. A part une légère purgation préliminaire et un peu d'aspirine au moment du stade de chaleur, le traitement ne comporte pas d'autres adjuvants.

Il faut signaler que certains Européens, traités par l'atebrin, font une coloration jaune de la peau pendant et après le traitement. Ce n'est pas un signe de toxicité, ce n'est qu'un ennui pour les femmes si cette coloration persiste pendant 2 à 3 semaines. L'atebrin est relativement peu toxique, elle s'accumule cependant dans l'organisme et est éliminée lentement. En conséquence, les symptômes toxiques peuvent n'apparaître qu'après la fin du traitement.

Les signes de toxicité observés chez les Européens sont les maux de tête et quelques douleurs abdominales dans 12 pour 100 des cas. Ces douleurs cèdent à la diète et au traitement alcalin.

Une combinaison d'atebrin et de plasmoquine est certainement plus toxique que l'atebrin seule et c'est la raison pour laquelle on ne doit pas employer simultanément ces deux médicaments. On peut donner la plasmoquine après l'atebrin, car n'ayant pas d'action sur les parasites asexués la plasmoquine est au contraire très efficace contre les gamètes. A ce titre, elle peut être donnée pour prévenir les rechutes, mais seulement chez les malades hospitalisés à cause des séquelles toxiques possibles.

Les rechutes chez les Européens traités par la quinine dépassent probablement 60 à 70 pour 100; l'atebrin réduit ce taux à 45 pour 100. Chez les Asiatiques, le taux descend même à 10 ou 5 pour 100. Cela est dû à ce que ces sujets réagissent plus rapidement au traitement que les Européens.

Il ne semble pas que de prolonger le traitement d'atebrin plus de 5 jours diminue les rechutes : 1 gr. 5 semble être la dose optima.

Le traitement de la première attaque, surtout en cas de tierce bénigne, donne plus de chances d'une guérison complète que ne le donne le traitement d'une rechute.

Bien que l'atebrin ait réduit les cas de malaria de 20 pour 100, on ne peut pas dire que ce soit encore un résultat parfait, mais c'est un acheminement vers la suppression totale du parasite de la malaria.

André Plichet.

Mac Mahon. ***Le traitement de la malaria par l'atebrin*** (*British medical journal*, n° 3819, 17 Mars 1934). — L'atebrin et surtout l'atebrin combinée avec la plasmoquine dans le traitement de la malaria s'est montrée supérieure, à Trinidad, à tous les autres traitements. L'atebrin est une préparation qui peut être mise dans les mains de tous les sujets même d'intelligence moyenne. Mais le dosage de la plasmoquine doit être fait avec soin. Elle doit être employée sous contrôle médical. A signaler simplement la coloration jaune de la peau et quelques coliques abdominales chez certains sujets. La dose d'atebrin ne dépassa pas 1 gr. 50 et au bout de 8 jours en moyenne le sang des malades ne présentait plus de parasites.

André Plichet.

U. Friedmann. ***L'agent pathogène de la moelle osseuse normale*** (*British medical journal*, n° 3820, 24 Mars 1934). — On sait que Gordon, en 1933, réussit par l'injection de ganglions lymphoadénomateux dans le cerveau du lapin à développer chez cet animal une encéphalite. F. et E., peu de temps après, ont montré que la moelle osseuse normale, prélevée chez l'homme, injectée dans la substance cérébrale du lapin, lui confère une paralysie du train postérieur.

F. pose l'existence d'un agent pathogène dans la moelle osseuse humaine, mais cet agent pathogène n'est pas un virus filtrant puisqu'il résiste à des températures auxquelles aucun organisme vivant ne peut résister. Etant présent dans la moelle osseuse et dans la rate, cet agent pathogène est également présent dans les leucocytes humains. Sa distribution est donc parallèle au ferment protéolytique que Joachmann trouva dans les leucocytes de l'homme, mais il reste à établir l'identité entre ces deux principes.

Enfin, cet agent pathogène se comporte exactement comme l'agent que Gordon découvrit dans les ganglions atteints de maladie de Hodgkin.

André Plichet.

Van Rooyen. ***Les propriétés de l'agent encéphalitogène du tissu lymphadénomateux*** (*British medical journal*, n° 3820, 24 Mars 1934). — Ces recherches portent sur 20 cas de maladie de Hodgkin et sur 13 cas d'hypertrophie ganglionnaire. Dans 75 pour 100 des cas de Hodgkin, le test de Gordon fut positif. Il fut complètement négatif dans les cas de simple hypertrophie ganglionnaire.

La même encéphalite fut observée chez le lapin à la suite d'inoculation intracérébrale de moelle osseuse d'un malade atteint de leucémie aiguë à myélocytes.

Les propriétés encéphalitogènes du tissu adénomateux se développent dans les conditions suivantes : l'émulsion du ganglion doit être faite dans du bouillon phosphaté avec un p_H de 7,1; le pouvoir pathogène de cet agent est atténué par les bases telles que la soude, le bicarbonate de soude, l'ammoniaque, le carbonate d'ammoniaque; les émulsions de tissus peuvent être refroidies à —190° pendant 10 minutes ou desséchées pendant 12 heures sans devenir inactives; cet agent pathogène résiste à la dose de 10 unités cutanées de rayons X; il est adsorbé par le charbon et par le tissu nerveux normal; il peut passer à travers les filtres Berkefeld et Sietz.

André Plichet.

R. Gilchrist. ***Le sulfate d'éphédrine et le chlorure de baryum dans le traitement de la maladie de Stokes-Adam*** (*British medical journal*, n° 3822, 7 Avril 1934). — A fortes doses l'éphédrine est un dépresseur du cœur, mais employée en petites quantités, ses effets stimulants sur le cœur sont très nets. Son action est moins intense que celle de l'adrénaline mais plus durable. L'éphédrine agit sur les terminaisons nerveuses du sympathique; or, celles-ci sont particulièrement nombreuses dans les parois ventriculaires, d'où l'action heureuse de l'éphédrine dans la maladie de Stokes-Adams.

Miller, le premier, démontra cette action de l'éphédrine. Dans un cas où les oreillettes battaient à 110 et les ventricules à 33, une injection de 10 centigr. d'éphédrine éleva le rythme à 125 pour les oreillettes et à 55 pour les ventricules.

Les travaux de Rothberger et Winterberg et ceux de Van Egmond montrèrent que le chlorure de baryum augmentait l'excitation du ventricule mais les auteurs qui appliquèrent à la clinique ces recherches de laboratoire n'en retirèrent aucun bénéfice.

G., sur 6 cas de maladie de Stokes-Adams, en améliora 4 par l'éphédrine. Le chlorure de baryum fut sans effet.

Dans 2 cas où les crises nerveuses étaient fréquentes, celles-ci furent arrêtées par la prise quotidienne d'éphédrine. Les crises reparaissaient dès que la médication était suspendue.

Il faut se contenter de doses minimes d'éphédrine : 3 centigr. toutes les 8 heures.

André Plichet.

N. Morris et **Suttie.** ***Le traitement du diabète par les rayons ultra-violets*** (*British medical journal*, n° 3822, 7 Avril 1934). — Certains auteurs ont pensé que les rayons ultra-violets pouvaient avoir une action sur la glycémie. M. et S., reprenant cette question, ont vu que chez certains sujets, diabétiques ou non, il y avait une baisse de la glycémie après irradiation, mais ces résultats sont inconstants, variables d'un jour à l'autre.

Ils ont soumis aux rayons ultra-violets 10 enfants diabétiques de 7 à 14 ans. Les irradiations faites sur toute la surface du corps ont été au nombre de 2 par semaine. La durée d'irradiation fut portée progressivement à 3 minutes à la distance de 0,80 centigr. Les irradiations furent arrêtées dès l'apparition de la pigmentation, mais la plupart des sujets furent irradiés pendant toute une année.

Les résultats comparés avec ceux obtenus chez 4 enfants diabétiques n'ayant pas été soumis aux irradiations montrent que cette thérapeutique est restée sans efficacité.

André Plichet.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

G. Lazzaro. ***La réaction de Takata-Ara dans le sérum et le liquide d'ascite au cours des maladies du foie*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XLI, n° 3, 1er Mars 1934). — La réaction de Takata-Ara est basée sur le principe suivant : en présence de corps albuminoïdes qui agissent comme colloïdes protecteurs, une solution de sublimé forme avec le carbonate de soude une solution colloïdale d'oxyde de mercure qui donne avec la fuchsine une coloration bleu-violet; à l'état pathologique, on observe la floculation de la solution ou des colorations différentes. Nicole a montré que de la teneur en protéines de la solution dépendait la coloration et de la teneur en globulines, la floculation; aussi, la réaction de Takata-Ara, d'abord proposée pour le diagnostic de la pneumonie, a-t-elle été utilisée par plusieurs auteurs, par Jezler en particulier, dans les affections du foie, parmi lesquelles les cirrhoses donnent un pourcentage très élevé de résultats positifs.

Chez 20 sujets normaux et dans 60 cas d'affections non hépatiques (anémie, ictère hémolytique, ulcère digestif, myélose, diabète sucré, fièvre typhoïde et de Malte, malaria, pleurésie, tuberculose pulmonaire, cardiopathie, néphrite chronique, pneumonie), L. a obtenu des réactions négatives. Sur 29 cas de cirrhose de Laennec, il a eu 24 réactions positives, 3 faiblement positives, une d'abord négative, puis positive, une négative; la floculation augmente de pair avec l'aggravation de la maladie; dans 18 liquides d'ascite cirrhotique, la réaction a été 15 fois positive, 1 fois faiblement positive et 2 fois négative. Dans 8 cas d'ictère infectieux, la réaction a été 2 fois positive et est devenue négative après guérison; de même, dans un cas d'abcès amibien du foie; la réaction a été négative dans les cholécystites, la spirochétose et l'ictère lithiasique.

Dans les cas positifs, le quotient sérum-globuline a toujours été inférieur à l'unité; mais l'inversion du rapport n'est pas une condition suffisante, car L. l'a observée dans plusieurs cas (malaria, tuberculose, glomérulo-néphrite, abcès du poumon) avec des réactions négatives.

Lucien Rouquès.

G. Dalla Torre. ***Le traitement par le pneumothorax de la gangrène pulmonaire; étude clinique et anatomo-histologique*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], t. XLI, n° 3, 1er Mars 1934). — Les opinions les plus diverses ont été soutenues sur l'efficacité du pneumothorax dans la gangrène pulmonaire. La statistique de D. T., portant sur 21 cas, donne 48 pour 100 de guérisons cliniques : après 1 an, 9 malades restaient guéris, soit 43 pour 100. Le pneumothorax doit être pratiqué en pression négative et maintenu pendant 2 à 4 mois; la guérison est souvent obtenue sans séquelles importantes; s'il persiste une caverne ou une dilatation bronchique, on doit envisager une intervention chirurgicale (phrénicectomie, thoracoplastie), qui sera mieux supportée après le pneumothorax que d'emblée, en raison de l'amélioration de l'état général, et qui rendra plus rares les récidives; après cessation du collapsus, l'expansion du poumon est satisfaisante, cependant ce poumon, même après plusieurs années, reste plus exposé que normalement aux processus inflammatoires.

Histologiquement, on trouve dans le poumon collabé une augmentation plus ou moins étendue du tissu conjonctif autour des foyers malades, des modifications de type dégénératif ou prolifératif du tissu élastique, une réduction plus ou moins accusée des dimensions des cavités alvéolaires qui renferment de nombreux éléments mononucléés et une congestion des vaisseaux; dans le poumon opposé, on note un emphysème considérable avec d'importantes altérations de la trame élastique, une augmentation modérée du tissu conjonctif et une congestion vasculaire.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA (Turin)

E. Massobrio et **U. de Michelis.** ***La séro-coagulation de Weltmann dans les maladies du foie par rapport à l'équilibre protéique du sérum*** (*Minerva Medica*, XXVe année, t. I, n° 5, 3 Février 1934). — Weltmann a montré que la coagulo-floculation par la chaleur de colloïdes protéiques dilués ne se produisait qu'en présence d'une quantité minima d'électrolyte; cette quantité minima varie avec chaque électrolyte; c'est le seuil électrolytique. La réaction de Weltmann consiste à porter à l'ébullition des mélanges de sérum et de dilutions croissantes de chlorure de calcium; on détermine ainsi quelle est la dilution maxima dans laquelle la coagulation se produit.

La réaction de Weltmann n'est pas un test précoce d'insuffisance hépatique, mais elle a une valeur diagnostique indiscutable dans les affections du foie; le seuil électrolytique est très bas dans les cirrhoses à un stade avancé; il est abaissé légèrement dans les états précirrhotiques et dans les ictères hépato-cellulaires aigus ou subaigus; le seuil est normal ou élevé dans les processus inflammatoires des voies biliaires et dans les néoplasmes hépato-biliaires; dans l'interprétation des résultats, il faut tenir compte éventuellement des maladies associées qui peuvent modifier le seuil (pneumonie, tuberculose, néphrite chronique atrophique, etc...).

Il existe un certain parallélisme entre l'abaissement du seuil et l'inversion du quotient albumineux du sérum, particulièrement dans les cas où les lésions cellulaires sont les plus graves; mais les deux phénomènes ne sont pas sous la dépendance l'un de l'autre car on peut observer des élévations du seuil chez des malades dont le quotient albumineux est inversé.

Lucien Rouquès.

M. Pellegrini et **G. Barsini.** ***Le comportement et la signification de la séro-réaction de Weltmann dans quelques états morbides. Recherches sur le comportement du seuil électrolytique de la coagulo-floculation par la chaleur dans les exsudats, les transsudats et le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique*** (*Minerva Medica*, XXVe année, t. I, n° 5, 3 Février 1934). — La réaction de Weltmann indique fidèlement la nature des processus qui se développent dans l'organisme et permet d'en suivre l'évolution anatomique: le seuil électrolytique (voir l'analyse précédente) est élevé dans les lésions exsudatives et bas dans les lésions à tendance fibreuse; les variations de la réaction au cours de la pneumonie sont particulièrement démonstratives; de même, dans les affections inflammatoires des voies biliaires, le seuil est élevé; dans les cirrhoses hépatiques, il est bas; se comportent comme les cirrhoses les ictères catarrhaux et certaines affections où le fonctionnement du foie est plus ou moins touché: anémie pernicieuse, diabète sucré, alcoolisme chronique accentué; dans tous les cas de parkinsonisme post-encéphalitique étudiés, le seuil a été bas: pour certains auteurs, l'insuffisance hépatique est fréquente dans le parkinsonisme, mais dans presque tous les cas de P. et B. les épreuves d'insuffisance hépatique ont été négatives; faut-il en conclure que la réaction de Weltmann est le test le plus sensible de l'insuffisance hépatique? P. et B. ne le croient pas; trop de causes peuvent modifier le seuil, la sénilité par exemple, pour qu'on ne donne pas à la réaction de Weltmann d'autre signification que celle d'indice du caractère exsudatif ou scléreux des lésions.

Dans les exsudats, le seuil est en général fortement élevé; dans les transsudats, il est au contraire toujours diminué. Les liquides céphalo-rachidiens normaux ne donnent la coagulo-floculation qu'à forte dose et avec un seuil très élevé; dans 4 liquides de méningite aiguë (tuberculeuses, méningococcique, puriforme aseptique), la coagulo-floculation a été obtenue avec peu de liquide et à un seuil bas.

Pour que la réaction de Weltmann se produise, il faut que le liquide contienne de l'albumine à une certaine concentration; mais la teneur en protéines totales n'a pas une influence décisive sur le seuil, de même que le pourcentage des diverses fractions protéiques; la réaction est dans une certaine mesure sous la dépendance des électrolytes de la dilution; des solutions équimoléculaires d'électrolytes à charge identique (calcium, baryum, magnésium) donnent des seuils différents; ce fait

démontre l'importance de l'action spécifique des divers ions sur la marche de la réaction et justifie l'hypothèse que l'état différent ou la différente capacité d'inhibition des biocolloïdes dans les divers cas a une certaine influence sur la production du seuil.

Lucien Rouquès.

G. Usseglio et **D. Anglesio**. ***Sur l'importance de l'élimination entérotrope de l'acide urique*** (*Minerva Medica*, XXVe année, t. I, n° 6, 10 Février 1934). — Brugsch et Rother ont insisté sur l'importance de l'élimination de l'acide urique par la bile à côté de l'élimination urinaire; cette élimination entérotrope expliquerait un certain nombre de points obscurs du métabolisme purique. en particulier le déficit observé dans le bilan urique après épreuve de charge; un de leurs arguments est l'augmentation de l'uricémie et l'uricurie dans les cas d'occlusion complète du cholédoque. Les recherches d'U. et A. n'ont pas confirmé ce fait; dans les sténoses du cholédoque, l'uricémie et l'uricurie restent normales; l'élimination entérotrope de l'acide urique, si elle existe, n'a donc qu'un rôle négligeable dans le métabolisme endogène de ce corps. Dans l'ictère catarrhal, l'uricémie et l'uricurie sont nettement supérieures à la normale, mais leur élévation dépend plus probablement d'une surproduction d'acide urique que d'un défaut d'élimination entérotrope. Après sondage duodénal prolongé, on observe, chez les ictériques et les sujets sains, une baisse de l'uricurie dans les 24 heures consécutives; on doit en conclure qu'une partie de l'acide urique éliminé par l'urine provient de l'acide urique ou plus généralement des corps puriques contenus dans le suc duodénal. On a attaché beaucoup d'importance à la fonction excrétrice du foie; il serait sans doute plus intéressant d'étudier son rôle dans le métabolisme intermédiaire des corps puriques.

Lucien Rouquès.

G. Usseglio et **E. Pepino**. ***Résultats éloignés de la splénectomie dans la maladie de Werlhof*** (*Minerva Medica*, XXVe année, t. I, n° 8, 24 Février 1934). — Un enfant de 11 ans avait depuis 3 années des manifestations purpuriques sans étiologie connue et depuis 2 mois des hémorragies bucco-nasales et viscérales résistant à tout traitement; l'examen de sang a montré une anémie à 3.500.000, un temps de saignement dépassant 25 minutes, un temps de coagulation sub-normal avec caillot irrétractile et 25.000 plaquettes; signes du lacet, de Koch et de Hess fortement positifs. La splénectomie a été pratiquée sans incidents; la rate pesait 130 gr. et ne présentait que des altérations banales mais il n'y avait de plaquettes ni dans les sinus, ni dans la pulpe; le taux des plaquettes s'est élevé très rapidement; 15.000 au début de l'opération, 20.000 après une heure, 72.000 après 5 heures, 300.000 deux jours après, 880.000 cinq jours après; dès la ligature de l'artère splénique et avant même la splénectomie, le temps de saignement était très raccourci et le signe de Koch avait disparu; au bout d'une heure, le signe du lacet était devenu négatif.

L'intérêt de cette observation est la longue durée du temps pendant lequel l'enfant a été suivi: 8 ans; il n'a plus jamais présenté d'hémorragie; le temps de saignement a toujours été normal et les signes de fragilité vasculaire négatifs; les plaquettes ont oscillé autour de 200.000. Aucun facteur familial n'a pu être trouvé et au point de vue pathogénique, U. et P. estiment avec Cesoni qu'il s'agit d'une angiopsatyrose thrombopénique, le facteur vasculaire étant à placer le premier.

Lucien Rouquès.

G. Paolo. ***Cutiréaction à l'histamine et glaucome*** (*Minerva Medica*, XXVe année, t. I, n° 8, 24 Février 1934). — La théorie physico-chimique du glaucome, soutenue en particulier par Alaimo, place le *primum movens* de l'affection dans un trouble de la perméabilité capillaire qui entraîne une dystrophie des éléments nerveux et un gonflément du vitré; ce gonflement n'est pas un œdème d'origine osmotique, mais un trouble essentiellement colloïdal dépendant soit des variations du pH local, elles-mêmes sous la dépendance de la réaction du sang, soit d'un déséquilibre entre les ions K et Ca, soit enfin du passage dans le vitré de séro-albumine par altération de la perméabilité vasculaire. Parmi les nombreux facteurs qui règlent la perméabilité vasculaire figurent le système nerveux et certaines substances libérées par les tissus, dont une substance H, agissant comme l'histamine et accroissant fortement la perméabilité capillaire.

P. estime que la peau est « le miroir de tout l'organisme » et que, lorsqu'elle a réagi dans un sens déterminé à une excitation physique ou chimique, on peut en déduire que tous les autres tissus réagiront à cette excitation dans le même sens; l'action de l'histamine sur la peau porte avant tout sur les capillaires; en l'étudiant, on étudie en même temps la circulation capillaire de tout l'organisme. L'intradermo-réaction à l'histamine dans 7 cas de glaucome a donné une réponse remarquable par son intensité et par sa longue durée; cette réaction exagérée est la conséquence d'un état d'hypersensibilité cutanée en rapport avec une instabilité capillaire particulière; des phénomènes semblables doivent se produire au niveau des milieux oculaires sous l'influence de décharges exagérées de substance H.

Lucien Rouquès.

A MEDICINA CONTEMPOREANA
(Lisbonne)

Manuel José Assoreira. ***Traitement de la maladie du sommeil par les injections intra-artérielles de tryparsamide*** (*A Medicina Contemporanea*, An. LII, n° 6, 11 Février 1934). — Depuis quelque temps, A. était convaincu que les troubles visuels chez les malades atteints de trypanosomose africaine et traités par l'atoxyl et par la tryparsamide étaient provoqués par l'application de ces médicaments à doses excessives. Pour cette raison, lorsque de tels troubles se montraient chez ses malades, il arrêtait temporairement le traitement, si l'état général était satisfaisant; dans le cas contraire, il réduisait le dosage. Souvent, les lésions oculaires se maintenaient et, plus tard, il se voyait dans la nécessité de recommencer le traitement, puisque l'état général des malades empirait et que, parfois, les lésions elles-mêmes s'aggravaient.

Lorsqu'en 1932 Silveira Ramos, à l'hôpital central de Loanda, Afrique occidentale portugaise, faisait la mise au point de sa méthode de traitement de la maladie du sommeil par les injections intra-carotidiennes, A., ayant appris cette méthode, pratiqua une injection intra-carotidienne de 2 gr. de tryparsamide chez un malade qui, après un an de traitement normal, avec un total de 40 gr., fit une rechute tellement grave qu'à l'examen hématologique l'on voyait, en goutte épaisse, 10 trypanosomes par champ microscopique. Ce malade étant décédé, A. avait renoncé à l'application des injections intra-artérielles.

Plus tard, A. continua, à la demande de Silveira Ramos, dont les travaux ont été analysés ici même, à employer sa méthode dans les cas graves de maladie du sommeil. Il recommença donc le traitement chez des malades en état sérieux, avec des lésions oculaires bien nettes, soit totalement aveugles, soit atteints d'amblyopie. De ses 5 malades, 4 étaient déjà en traitement par la tryparsamide sous-cutanée, 1 autre présentait une hypersensibilité extrême, ce qui empêcha, chez les uns et chez l'autre, de pratiquer la ponction pour l'examen du liquide céphalo-rachidien.

A. a choisi la voie par la carotide primitive. En étudiant la région, il constata que l'injection dans la carotide interne devient difficile. Ainsi donc, il préfère pratiquer l'injection dans la carotide primitive, un peu au-dessus de l'os hyoïde, non seulement pour la facilité opératoire, mais pour s'assurer qu'une grande quantité du médicament injecté arrive directement au cerveau. Malgré les difficultés des premières tentatives, avec un peu de pratique, il réussit à ponctionner l'artère avec exactitude.

On place le malade, en décubitus dorsal, sur la table, en lui mettant un traversin sous les épaules pour lui maintenir le cou en extension, comme pour la phrénicectomie. En parfaite condition aseptique, l'on palpe la carotide avec l'index et le majeur de la main gauche; en la trouvant, on la pince et l'on introduit l'aiguille, avec la main droite, entre les deux doigts de la main gauche, verticalement, jusqu'à la rencontre de l'artère. La pénétration de l'aiguille dans celle-ci se révèle par le jet du sang qui sort avec sa couleur artérielle.

Les résultats obtenus par ce procédé, dit A., sont surprenants dans les cas de lésions anciennes peu prononcées ou de lésions graves, mais récentes. Les effets se manifestent le lendemain, lors de la première injection.

Pour les cas de lésions graves anciennes, l'action se montre plus lente; elle apparaît après la deuxième injection, au bout de 8 jours, mais encore assez nette.

Après le résumé de 5 observations à l'appui, A. conclut, d'une façon partielle, que la ponction de la carotide primitive est relativement facile; que les injections de tryparsamide, par cette voie, se montrent efficaces dans les cas de cécité et d'amblyopie provoquées par la maladie du sommeil; que les troubles visuels chez les malades atteints de cette affection ne seraient pas provoqués par les médicaments trypanosomicides injectés par voie sous-cutanée.

A. poursuit ses études chez une autre série de malades et compte publier les résultats après une attente de 4 ou 5 mois. C'est une méthode que l'on pourrait essayer chez des malades atteints de graves affections cérébrales dont les processus pathogéniques sont similaires à ceux de la maladie du sommeil.

Joao Coelho.

NOUA REVISTA MEDICALA
(Bucarest)

M. Weinberg (Paris). ***La sérothérapie dans l'appendicite gangreneuse et dans la péritonite*** (*Noua revista medicala*, t. V, n° 10, Février 1934). — W. a établi depuis la guerre avec ses collaborateurs : 1° Qu'on peut guérir une infection polymicrobienne par un sérum spécifique polyvalent; 2° qu'on peut guérir une infection polymicrobienne neutralisant par un sérum spécifique le microbe dominant, cause de l'infection.

Welch, Flexner, Veillon et d'autres ont montré que le bacille perfringens faisait souvent partie de la flore microbienne de l'appendicite. W. essaya en 1919, dans un cas très grave de Delbet, le sérum antigangreneux. En 1920, W. guérit par le sérum antigangreneux 10 malades sur 11 d'appendicite gangreneuse. De nombreux chirurgiens français et étrangers ont depuis rapporté des observations favorables. W. applique avec Jacquemin la sérothérapie sur 96 cas d'appendicite très grave (52 cas d'appendicite aiguë non gangreneuse et 44 cas d'appendicite gangreneuse) par la voie intra-péritonéale

et sous-cutanée à fortes doses de sérum antigangreneux polyvalent. Ils eurent 94 guérisons et deux cas mortels. Avec Prévot, W. a préparé un sérum anticolibacillaire car le colibacille entre dans la pathogénie et l'étiologie de l'appendicite. Depuis 1927, c'est un mélange des deux sérums qu'ils recommandent. Ils l'employèrent dans 152 cas nouveaux d'appendicite grave souvent compliquée de péritonite généralisée, dont 90 cas d'appendicite gangreneuse avec 42 cas d'appendicite perforée et 32 avec péritonite généralisée avec le sérum gangreneux polyvalent. W. observa 2 cas mortels sur 44 traités, alors que ce même sérum mélangé au sérum anticolibacillaire guérit 87 sur 90 malades traités. La sérothérapie antigangreneuse et anticolibacillaire doit faire partie obligatoirement de l'arsenal thérapeutique du chirurgien.

HENRI KRAUTER.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

G. Fanconi. *Le diagnostic et la thérapeutique de l'hydrocéphalie et d'états voisins* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 10, 10 Mars 1934). — F. rapporte qu'à l'hôpital d'enfants de Zurich, on a, au cours des six dernières années, pratiqué 150 encéphalographies, examen qui, dans 3 cas, a été suivi de mort: deux fois la cause de la mort a été la maladie. En outre, dans 5 cas, il a constaté une méningite aseptique qui est apparue 4 fois après une seconde insufflation. Il semble donc que cette complication survienne après sensibilisation. Mais, d'une façon générale, cette intervention est très bien supportée, bien qu'elle provoque parfois un peu d'obnubilation et une légère élévation de température. La quantité d'air injecté n'est pour rien dans la sévérité des complications.

Les cas observés par F. et dont il est donné une série d'observations résumées se répartissent en trois groupes. Le premier groupe comprend 4 cas d'*hydro-cephalus e vacuo* sans élévation de la pression. En pareil cas, la mensuration de la pression intracranienne a une grosse importance diagnostique et pronostique

Dans le second groupe, il y a élévation de la pression sans hydrocéphalie. Il peut alors s'agir de sténocéphalie par suite de synostoses prématurées ou d'hypoplasie de la base du crâne, etc. La pression dans ces cas a varié de 30 à 35. Mais alors, la perte de quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien peut faire tomber très appréciablement la pression. Dans deux observations données par F., l'évacuation d'une certaine quantité de liquide paraît avoir donné de bons résultats thérapeutiques.

Dans le troisième groupe figurent les cas d'hydrocéphalie avec élévation de la pression et tout d'abord les cas d'hydrocéphalie par occlusion le plus souvent de l'aqueduc (bloc cérébral), plus rarement au niveau du foramen de Magendie ou de Luschka (bloc de la citerne), puis par insuffisance de la résorption (sclérose des espaces sous-arachnoïdiens) qui peut être congénitale ou d'origine méningitique. Sur 35 cas de méningite à méningocoques observés de 1928 à 1933, il en est 14 qui ont été traités par des insufflations d'air. Sur ce nombre, 8 sont morts. Parmi les 21 autres, il en est 15 qui sont morts. Etant donné qu'on ne traite guère que les cas sévèrement atteints par cette méthode cette petite statistique tendrait à mettre en évidence les bons effets de l'insufflation. L'hydrocéphalie qui apparaît après intervention pour *spina bifida* peut être aussi rattachée à la suppression d'une partie de la région de résorption.

L'hypersécrétion s'observe dans les processus inflammatoires des méninges (méningite séreuse, méningisme de la pneumonie franche, de l'otite moyenne, de l'encéphalographie de la simple ponction lombaire, des interventions sur le cerveau). Dans un cas de F., l'hydrocéphalie est apparue 4 semaines après tonsillectomie. Le diagnostic d'hydrocéphalie traumatique n'a été fait qu'une fois au cours des 10 dernières années chez un enfant dont la tête était grosse avant le traumatisme. Dans un cas de ce groupe, l'enfant appartenait à une famille d'hydrocéphales, intéressant exclusivement les descendants mâles, tandis que les descendants du sexe féminin étaient bien portants, mais transmettaient la maladie.

F. décrit un syndrome qu'il a eu l'occasion d'observer 8 fois. Peu après la naissance, les parents constatent de l'hypotonie musculaire qui fait parfois penser à la myotonie congénitale d'Oppenheim. Mais les réflexes tendineux sont exagérés; il y a parfois du strabisme, une adiposité de type hypophysaire, de l'accélération du pouls, une fièvre cérébrale très élevée, une élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien avec ou sans augmentation du volume de la tête et une hydrocéphalie interne modérée. Le pronostic de ces cas ne serait pas très mauvais. Mais on ne saurait dire encore si la ponction et l'insufflation agissent pour favoriser la guérison.

F. conclut que la détermination de la pression du liquide céphalo-rachidien, l'encéphalographie et la ventriculographie ont une grande importance au point de vue diagnostic et apporteront quelque clarté sur divers états pathologiques (céphalée, vomissements, troubles de la croissance, etc.). D'autre part, la diminution de la pression intracranienne accompagnée ou non d'insufflation est souvent utile notamment dans les poussées aiguës d'hydrocéphalie ou encore dans l'hydrocéphalie chronique du nourrisson, dans certaines formes d'épilepsie et dans le *status epilepticus*, etc. Dans les divers cas d'hydrocéphalie observés par F., la réaction de Wassermann n'a été positive qu'une fois et la syphilis n'a été démontrée qu'une fois chez les parents.

P.-E. MORHARDT.

T. Gordonoff et St. Zurukzoglu. *Cholestérine, ergostérine et sclérose vasculaire* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 13, 31 Mars 1934). — G. et Z. étudient les relations qui existent entre l'hypertension, la sclérose vasculaire et le métabolisme de la cholestérine. Ils rappellent qu'il a été montré que la cholestérine, à condition d'être donnée pendant longtemps, détermine des altérations vasculaires chez les lapins. L'hypertension aurait des effets analogues aussi bien quand elle est déterminée par des drogues pharmacologiques que quand elle succède à la suppression des rênes de la pression sanguine.

D'ailleurs, chez l'homme, la cholestérine augmente avec l'âge, passant ainsi, d'après les travaux de Schemensky et Murgowsky, de 146 milligr. pour 100 grammes (10 à 19 ans), à 182 milligr. (60 à 69 ans). De même, la cholestérine augmente avec l'âge dans les tissus et les troubles du métabolisme de la cholestérine doivent par conséquent être tenus pour responsables de la sclérose vasculaire chez l'homme.

Parmi les substances utilisées pour atténuer les effets de l'hypercholestérinémie figure la chlorophyle qui agirait directement sur les phénomènes de sclérose et améliorerait les symptômes subjectifs. L'extrait d'ail diminue le taux de la cholestérine du sang. L'iode dont on ne s'explique pas encore l'action diminuerait la viscosité et déterminerait une dilatation des coronaires en même temps qu'il abaisserait le taux de la cholestérine. La glande thyroïde joue également un rôle, car l'hypothyroïdie favorise, d'après certains auteurs, les lésions d'artériosclérose.

L'ergostérine possède la propriété de déterminer de la sclérose vasculaire. Tandis qu'avec la cholestérine, les amas de graisse se trouvent au-dessous de l'intima, l'ergostérine, à doses faibles, provoque une dilacération en foyer de la média avec calcification, mais sans nécrose. L'ergostérine existe d'ailleurs dans la peau où elle constitue vraisemblablement des dépôts, car elle se trouve soumise à une activation. La question qui se posait était donc de savoir si l'ergostérine ingérée, étant donné le culte du soleil qui est à la mode aujourd'hui, serait susceptible d'être activée et de participer ainsi activement aux altérations vasculaires. Pour cela, des lapins alimentés normalement ont reçu 60 milligr. par jour d'ergostérine. Les animaux ainsi traités ont été exposés au soleil soit à Berne, soit à l'altitude (Jungfraujoch). Chez ces derniers, on a constaté 8 fois sur 9 des altérations de sclérose des vaisseaux et notamment de l'aorte. A Berne, ces altérations étaient moins marquées. Ainsi, l'ergostérine peut être résorbée, emmagasinée dans la peau, puis activée par le soleil. Il y a lieu de remarquer, de plus, que l'irradiation par les ultraviolets augmente les lipoïdes du sang et notamment la cholestérine. De même, à l'altitude, la cholestérine du sang augmente comme la pression sanguine.

D'autre part, l'artériosclérose doit être l'objet de mesures prophylactiques beaucoup plus que thérapeutiques. Mais avant de prendre des mesures de ce genre, notamment avant de modifier notre alimentation, il est nécessaire de poursuivre des recherches chez l'homme avec une alimentation pauvre en cholestérine ou en ergostérine. Enfin, il faut remarquer qu'il y a des analogies chimiques entre la cholestérine et l'ergostérine d'une part, et les hormones sexuelles, testiculaires ou folliculaires d'autre part. Il y a donc lieu de se demander si ces hormones ne pourront pas nous permettre de modifier bientôt la sclérose de la sénilité.

P.-E. MORHARDT.

ZEITSCHRIFT für VITAMINFORSCHUNG (Berne)

N. K. Basu. *Tuberculose et insuffisance de vitamines* (*Zeitschrift für Vitaminforschung*, t. III, n° 2, Avril 1934). — 30 cobayes ont été inoculés avec le bacille de la tuberculose puis soumis à un régime alimentaire qui, pour le premier groupe, contenait toutes les vitamines tandis que les autres groupes se voyaient privés de vitamines B, C ou D ou encore de toutes les vitamines.

Dans le premier groupe, avec régime riche en vitamines, la mortalité a été de 33 pour 100. Elle a été de 50 pour 100 dans les groupes qui étaient respectivement privés des facteurs B et C. La suppression du facteur D a fait monter la mortalité à 66 pour 100 et l'absence des 4 facteurs à 90 pour 100.

Le mécanisme d'action de ces vitamines serait dû au fait que le facteur B prévient l'anorexie tandis que le facteur A préserve l'intégrité du tissu épithélial et que le facteur C augmente la résistance des tissus à l'égard des germes.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'OCULISTIQUE
(Paris)

Clovis Vincent et **Edward Hartmann.** ***Douze observations de rétrécissement bi-nasal du champ visuel au cours d'affections intracraniennes*** (*Annales d'Oculistique*, t. CLXXI, nº 3, Mars 1934). — Par « rétrécissement bi-nasal du champ visuel » V. et H. n'entendent pas l'hémianopsie bi-nasale proprement dite qui est extrêmement rare, mais bien un rétrécissement symétrique des deux champs visuels prédominant dans le secteur nasal. 9 fois sur 12, ils ont pu vérifier par opération la nature des lésions intracraniennes. Celles-ci étaient 4 fois une arachnoïdite opto-chiasmatique, 3 fois un méningiome de la petite aile du sphénoïde, 1 fois un méningiome parasagittal, 1 fois une tumeur pariétale. La fréquence de la stase papillaire (8 cas sur 12) permet de penser que cette stase joue un rôle, mais la pathogénie de cette altération bi-nasale du champ paraît bien n'être pas univoque. Très prudemment, V. et H. se défendent de vouloir interpréter ces observations embarrassantes. Ils se bornent à suggérer l'hypothèse d'une fragilité particulière des fibres optiques correspondant à la partie temporale de la rétine, hypothèse appuyée par le fait de la prédominance des rétrécissements du champ nasal dans le glaucome, l'amaurose quinique, etc.

A. Cantonnet.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

M. Donati. ***Le problème du diabète au point de vue chirurgical*** (*Lyon Chirurgical*, t. XXXI, nº 2, Mars-Avril 1934). — Il y a à signaler plutôt qu'à résumer cette longue conférence du professeur Donati au Vº Cours de Haute Culture médicale de la Fondation Tomarkin, en Août 1933, à Saint-Moritz.

Dans une première partie, il rappelle l'heureuse influence exercée sur l'issue des opérations faites chez les diabétiques par le traitement médical actuel guidé par la recherche pré-opératoire de la glycosurie, de la glycémie, de l'acétonurie, du taux de la réserve alcaline, de l'azotémie.

Mais si la mortalité des opérations générales a pu être abaissée jusqu'à 1 ou 2 pour 100, celle des opérations nécessitées par les complications du diabète lui-même reste encore fort élevée : 30 pour 100 pour les anthrax; 40 pour 100 pour les gangrènes infectées; 50 pour 100 pour les cellulites.

La seconde partie est consacrée à l'étude des opérations réalisées, ou seulement projetées d'après l'expérimentation animale, dans le but de traiter le diabète lui-même. Ce sont :

L'énervation des surrénales. Etudiée expérimentalement par Ciminata et pratiquée par Donati en 1929 avec un succès qui se maintient partiellement depuis 3 ans.

Le blocage des splanchniques et la splanchnicotomie réalisée aussi par Donati, sans influence notable sur la glycémie.

La surrénalectomie. Fatalement unilatérale, elle laisse agir la glande respectée et ne peut avoir qu'une action temporaire.

La ganglionectomie cœliaque encore expérimentale (Takats) et grave.

L'énervation et la sympathectomie chimique au niveau du hile hépatique. Le but est, ici, d'agir sur le foie en raison de son rôle dans l'échange des hydrates de carbone. L'énervation, faite autour de l'artère hépatique et de la veine porte, n'a donné que des résultats expérimentaux contradictoires et son application à l'homme est prématurée.

La sympathectomie des artères pancréatiques, faite sur la pancréatico-duodénale supérieure, est sans influence favorable.

Section partielle du pancréas. Comme la ligature des canaux excréteurs, si elle détermine l'atrophie des acini sécréteurs, elle activerait la glande endocrine; elle a été réalisée expérimentalement par Mansfeld et sur de jeunes diabétiques par Huettl, Linhard, Takats, Piéri. Les résultats cliniques ne permettent pas de conclure qu'on puisse obtenir chez le diabétique les résultats observés chez des animaux normaux.

La transplantation du pancréas insulaire. Le pancréas, exclu par la ligature partielle et devenu ainsi purement insulaire, a pu être transplanté avec succès à un autre animal dépancréatisé. Pas d'application possible à l'homme.

La ligature des conduits parotidiens. Elle vise aussi, en supprimant la fonction salivaire, à exalter une action endocrine analogue à celle du pancréas ou capable d'activer la production pancréatique d'insuline. L'innocuité relative de l'opération a permis de la pratiquer chez des diabétiques, mais les résultats sont discutables et Donati, sans la rejeter, demande d'attendre que nous soyons mieux à même de poser ses indications.

La parathyroïdectomie partielle. Cette intervention (Bastai et Dogliotti) a été pratiquée dans un cas d'endartérite diabétique douloureuse avec hypercalcémie; elle fut suivie de l'abaissement de la calcémie et de la disparition des douleurs; aussi, dans des conditions semblables, peut-elle être indiquée.

Les conclusions tendent à remédier à la déception inspirée par cet exposé des essais de la chirurgie du diabète; elles sont en faveur de la poursuite des recherches et de l'utilisation des traitements chirurgicaux capables de donner une amélioration même temporaire.

P. Grisel.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

J. P. Lopes Pontes (Rio-de-Janeiro). ***Forme surrénale du paludisme. Syndrome de Fraga*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, t. V, nº 3, Mars 1934). — Après avoir relaté une observation personnelle type, L. P. analyse les éléments du syndrome surrénalien palustre décrit en 1914 par Fraga. L'asthénie est un symptôme essentiel, qu'on peut mettre en évidence à l'aide de l'ergographe de Mosso. L'hypotonie musculaire peut aller à une adynamie extrême. L'hypothermie est parfois très marquée, ainsi que la pigmentation et les perturbations métaboliques. L'hypotension traduit une perturbation sympathico-surrénale. L. P. insiste sur la tachycardie orthostatique (signe de Clementino Fraga), coïncidant avec l'hypotension. Une carence de la tonicité capillaire peut déterminer des manifestations hémorragiques. La raie blanche d'Emile Sergent est rarement constatée. Les troubles digestifs, douleurs abdominales et diarrhée sont constants.

De ces faits découle la nécessité impérieuse d'associer la médication organothérapique homologue au traitement spécifique du paludisme, même lorsqu'on ne soupçonne que vaguement l'atteinte surrénale. On emploiera les extraits glandulaires totaux, ou, de préférence, les extraits corticaux, qui donnent d'excellents résultats.

L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
(Marseille)

E. Gaujoux et **J. Brahic.** ***A propos des hépato-néphrites*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. III, nº 2, 1934). — Il existe une simultanéité dans la réaction des parenchymes hépatique et rénal aux agents pathogènes qui suppose entre eux une solidarité fonctionnelle qui se poursuit sur le terrain morbide.

Les hépato-néphrites aiguës peuvent relever d'étiologies multiples : les unes primitives groupent un certain nombre d'infections spécifiques ou non dont la spirochétose ictéro-hémorragique est l'exemple le mieux connu; les autres secondaires viennent compliquer des infections ou des intoxications variées. La forme habituelle est l'hépato-néphrite aiguë sans œdème avec rétention azotée; la forme œdémateuse paraît exceptionnelle, il existe des formes légères ou frustes.

Les hépato-néphrites chroniques ont été moins bien étudiées, que les deux viscères soient atteints simultanément ou qu'il s'agisse d'atteinte hépatique fruste au cours des néphrites chroniques ou d'atteinte rénale au cours des hépatites chroniques et des cirrhoses.

Sur 13 observations de cirrhotiques avec lésions rénales hypertensives et urémigènes, les œdèmes et les épanchements séreux ne manquaient qu'une fois, ils étaient légers dans 3 cas et chez les 9 autres occupaient une place importante dans la symptomatologie. Chez 16 cirrhotiques dont l'élimination uréique et le chiffre de la tension peuvent être considérés comme normaux, une symptomatologie hydropigène franche ne fut trouvée que 4 fois.

Chez les cirrhotiques avec atteinte rénale, l'évolution se fait vers l'urémie classique. Du fait de l'association d'une lésion rénale, une cirrhose hépatique est beaucoup plus grave et son évolution plus rapide. Parmi les 13 cirrhotiques qui réalisaient cette éventualité, 9 succombèrent 2 à 5 mois après le début apparent de la maladie.

En raison de la réelle valeur pronostique de ces faits, il y a intérêt à dépister précocement l'atteinte rénale de tout sujet atteint d'hépatite chronique.

Robert Clément.

J. Olmer et **R. Benrekassa.** ***Recherches sur l'insuffisance de la sécrétion externe du pancréas au cours des cholécystites chroniques et des ictères catarrhaux*** (*Archives de Médecine générale et coloniale*, t. III, nº 2, 1934). — Sur la sécrétion pancréatique provoquée par l'injection de 60 cmc de lait dans la sonde d'Einhorn ou par l'injection intra-veineuse de sécrétine après épreuve de Meltzer-Lyon, on a recherché le pouvoir lipasique sur l'huile d'olive. Le pouvoir lipasique est exprimé par le nombre de centimètres cubes de soude employée pour saturer l'acidité du liquide de digestion; normalement, il varie entre 70 et 80 unités de soude décinormale.

Il existe constamment une diminution nette de l'activité des ferments dans les cholécystites chroniques. Après cholécystectomie, le pouvoir lipasique revient à l'état normal.

Des travaux récents ont incriminé le rôle du pancréas au cours des ictères catarrhaux. Dans le suc pancréatique obtenu par injection de lait ou de sécrétine, 6 fois sur 8, le pouvoir lipasique variait entre 90 et 120 unités. Les deux seuls malades qui avaient un pouvoir lipasique diminué présentaient un B.-W. positif dans le sang et doivent de ce fait être exclus de la statistique. Les résultats contradictoires ne peuvent s'expliquer que par un mécanisme variable suivant les différents cas. S'il existe parfois dans l'ictère catarrhal un facteur pancréatique celui-ci est bien loin d'intervenir constamment dans le déterminisme de l'ictère.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

St. Wateff. ***Vertige épidémique en Bulgarie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 5, 2 Février 1934). — Depuis la guerre, outre les affections encéphalitiques bien connues (encéphalite épidémique, hoquet, etc.), on a observé, en Bulgarie, des troubles étranges parmi lesquels prédominent le vertige. La description de W. est basée sur 146 cas chez des sujets d'âges variés.

Le vertige survient le plus souvent dans la position couchée, surtout quand le sujet tourne la tête, parfois au moment où il se couche ou se lève.

En général, c'est le matin ou la nuit que le trouble a son maximum; exceptionnellement, il peut apparaître une ou deux fois quand le malade est levé et marche. Saison, âge, profession ne paraissent pas jouer de rôle appréciable.

C'est un vertige subit et instantané, plus ou moins complet, avec sensation de perte d'équilibre, qui se manifeste dans les cas rares où le sujet est debout, par des oscillations du corps. Nombre de malades se plaignent de douleurs oculaires, taches lumineuses ou noires devant les yeux.

Les douleurs de nuque, front ou tempes ne sont pas rares, ainsi qu'une certaine hypersensibilité à la pression de ces régions, parfois la céphalée peut être intense. On peut noter des sensations de constriction thoracique, d'angoisse ou de douleurs précordiales et des nausées.

Le pouls est souvent accéléré. Tremblement, myalgie, prurit des mains et douleurs dans les hypocondres sont plus rarement signalés.

Enfin, un syndrome analogue mais sans vertige a été observé chez 4 sujets dans l'entourage de malades atteints de vertige.

Le début est brusque, la durée variable : plusieurs jours ou semaines, même quelques mois, gênant peu l'existence du malade qui peut dans la journée vaquer sans peine à ses occupations.

La maladie n'est pas influencée par les incidents épisodiques : poussées fébriles, coïncidence de grippe, etc.

Elle ne laisse habituellement nulle séquelle.

Les données cliniques et épidémiologiques permettent de soupçonner une maladie infectieuse à virus neurotrope proche de l'encéphalite épidémique.

G. Dreyfus-Sée.

E. Zapel. ***Le traitement calcique des bronchites grippales et des pneumonies*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 6, 9 Février 1934). — 200 cas de bronchites grippales et pulmonaires ont été traités par des préparations calciques, en particulier par la solution à 20 pour 100 de calcium Sandoz. Les injections intramusculaires ou intraveineuses ont été parfaitement supportées et n'ont donné lieu à aucun incident. Le calcium a exercé une action toni-cardiaque et a influencé favorablement la circulation périphérique; il a, en outre, paru avoir un rôle préventif vis-à-vis des exsudats ou des réactions inflammatoires. La solution à 20 pour 100 semble agir plus rapidement sur les phénomènes pathologiques et a, en outre, sur les solutions plus diluées, l'avantage de permettre l'injection de la dose utile sous un volume moindre.

Le cycle calcique étudié de nouveau par Z. au cours de ses expériences s'est montré conforme aux données classiquement établies : accroissement pendant 2 heures après l'injection intraveineuse puis baisse progressive du taux de la calcémie qui revient à la normale en un temps atteignant 6 à 8 heures lors des injections intra-musculaires.

Dans l'ensemble, la méthode combinée d'injections intra-musculaires et intra-veineuses a été utilisée en pratique: 10 cmc de solution calcique diluée avec 10 cmc de solution de dextrose en injection intraveineuse et 20 cmc intramusculaires comme doses moyennes quotidiennes; ces doses pouvant être doublées ou administrées 2 fois par jour sans inconvénient.

G. Dreyfus-Sée.

Jessen. ***Un cas de collapsothérapie pulmonaire totale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 16, 9 Février 1934). — Un malade de 38 ans atteint de tuberculose pulmonaire gauche cavitaire et déjà traité par pneumothorax, phrénicectomie et chrysothérapie depuis 4 ans est guéri totalement par une thoracoplastie qui affaisse la cavité persistante et adhérente. Après 3 années de vie active, une nouvelle hémoptysie nécessite un examen qui découvre au sommet droit un processus tuberculeux évolutif et excavant.

La progression rapide des phénomènes justifie après quelques mois l'institution d'un pneumothorax droit, mais celui-ci demeurant inefficace du fait de larges adhérences, une thoraco-plastie limitée est pratiquée à droite et détermine une régression rapide des signes fonctionnels et généraux : l'expectoration se tarit progressivement, la fièvre disparaît et le malade peut bientôt reprendre sa vie normale sans que la restriction considérable de son champ d'hématose ait déterminé aucun trouble fonctionnel circulatoire, ni respiratoire.

G. Dreyfus-Sée.

K Hansen. ***Traitement de l'allergie pollinique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n°s 6 et 7, 9 Février et 16 Février 1934). — L'allergie pollinique et sa manifestation essentielle : le rhume des foins, a pris depuis plusieurs années une importance croissante. Elle était antérieurement négligée pour 3 raisons essentielles :

1° Elle semble avoir été moins fréquente ou moins souvent décelée;

2° Il ne paraissait pas s'agir d'une maladie grave;

3° Sa nature était inconnue et rien ne la rattachait aux grands problèmes de pathologie générale.

Ces conditions ont changé actuellement.

Il est difficile d'affirmer l'augmentation réelle de fréquence de la maladie, mais il est indiscutable que les cas sont décelés de plus en plus souvent.

Outre les malades présentant une allergie pollinique nette, nombre de formes latentes, asthme d'origine méconnue présentant une allergie cutanée pollinique ont pu être rattachées à l'affection. Il est possible d'ailleurs que la sensibilité au pollen se soit accrue depuis quelques années, expliquant la multiplication des cas cliniques.

Les symptômes sont parfois extrêmement pénibles. L'absence de thérapeutique et le dédain médical vis-à-vis du rhume des foins avaient découragé nombre de malades qui, actuellement, recourent volontiers au médecin et surtout au spécialiste.

Il existe, d'ailleurs, des formes sévères avec conjonctivite intense, avec rhinorrhée et éternuements insupportables, même avec bronchite et asthme bronchique graves.

La détermination viscérale paraît dépendre à la fois du terrain constitutionnel et des circonstances étiologiques, l'intensité des réactions serait influencée par la quantité d'antigène.

Enfin, les données récentes sur le mécanisme de la maladie l'ont rattachée au grand problème général de l'allergie.

Dans nos régions, 1 pour 100 environ de la population totale présente une sensibilité excessive vis-à-vis des pollens végétaux. La sensibilisation est habituellement complète vers la 12e à la 20e année, de telle sorte que les sujets répondent à partir de ce moment, dès le contact de leurs muqueuses avec ces pollens, par une réaction hyperergique de la muqueuse touchée : pharynx, yeux, nez, ou bronches. La sensibilisation de l'organisme est générale, et peut être mise en évidence par les réactions humorales ou cutanées (Prausnitz-Kustner, Cuti, etc.).

L'étude des principaux pollens sensibilisants faite en Allemagne a montré la prédominance d'espèces différentes de celles qui ont été isolées en Amérique.

La méthode de désensibilisation étudiée par Freemann et Noon a été employée très largement en Amérique par Walker, Duke, etc.

La standardisation des unités polliniques permet de pratiquer une désensibilisation méthodique.

Un mélange pollinique est indispensable du fait de la sensibilisation habituelle des malades vis-à-vis de plusieurs antigènes. Ces extraits polyvalents ont été réalisés commercialement à l'aide de mélange des pollens le plus souvent nocifs, sous le nom de Helisen.

En 1932, à l'aide de ce produit, une première série de 316 sujets avait été traitée avec 28 pour 100 de guérisons, 42 pour 100 d'améliorations notables, 20 pour 100 améliorés, 10 pour 100 d'échecs.

En 1933, sur 645 malades, les résultats demeurent encourageants, 19 pour 100 guéris, 57,5 pour 100 très améliorés, 15 pour 100 améliorés, 8,5 pour 100 échecs.

Les sujets des deux premiers groupes se confondent en réalité, et les résultats fournis par une enquête systématique auprès de médecins montrent que les malades ayant présenté de très légères manifestations ou demeurés indemnes représentent plus de 75 pour 100.

Les échecs (moins de 10 pour 100) s'expliquent par certains terrains constitutionnels ou par la sensibilisation à des pollens atypiques, parfois l'intensité du traitement a été insuffisante ou celui-ci a été trop court ou mal réglé.

Une étude des diverses modalités d'application thérapeutique et un schéma de traitement habituel, à l'aide des dilutions successives d'Helisen, terminent ce travail.

G. Dreyfus-Sée.

G.-D. Koehler. ***Guérison du botulisme par le sérum antibotulique de Höchst*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 8, 23 Février 1934). — 2 cas de botulisme grave guéris par le sérum spécifique montrent la valeur de cette thérapeutique trop peu connue des médecins praticiens.

A la suite d'absorption de viande de porc, une famille de 8 personnes, 2 adultes et 6 enfants, présente des signes d'intoxication. Le père et la fille aînée surtout paraissent gravement atteints.

L'hospitalisation n'est effectuée que lorsque, depuis 9 jours, ils présentent des troubles de l'accommodation et de l'insomnie absolue.

Les troubles nerveux sont marqués, au niveau des nerfs craniens ainsi que des centres médullaires : lésion des nerfs oculo-moteurs, troubles atteignant le vague et le glosso-pharyngien, syndrome sympathique et vaso-sécrétoire (arrêt de sudation et de sécrétion salivaire, altération du centre cilio-spinal), paralysie vésicale; abolition des réflexes abdominaux et crémastériens chez le père, hémi-parésie motrice et sensitive chez la jeune fille.

La sérothérapie instituée dès l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire seulement au 9e jour de l'affection, a agi avec une remarquable rapidité.

En une demi-heure les phénomènes parétiques avaient régressé chez la jeune fille. Celle-ci a guéri avec 150 cmc de sérum alors que 275 cmc ont dû être injectés à son père.

G. Dreyfus-Sée.

F. Dolesschall et **L. Udvardy**. ***Maladie de Schüller*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 8, 23 Février 1934). — La maladie connue actuellement sous le nom de Schüller-Christian est caractérisée habituellement par la triade : diabète insipide, exophtalmie et lacunes craniennes.

La plupart des cas publiés concernent des enfants, ils présentent au complet la symptomatologie classique à laquelle s'ajoute souvent la pyorrhée alvéolaire et parfois des localisations osseuses multiples en particulier au niveau du bassin. Les troubles humoraux spéciaux à cette affection l'ont fait nommer xanthomathose généralisée, granulomatose lipoïdique ou lipoïdose cholestérinique.

Le cas de D. et U. ne comporte pas d'exophtalmie : ce symptôme, malgré sa fréquence, n'est donc pas le corollaire direct de la maladie, et résulte seulement du comblement progressif de l'orbite.

Certaines manifestations neurologiques peuvent relever également d'une origine mécanique. En outre, le sujet dont l'observation est relatée était un adulte et non un enfant.

Le rôle du cerveau intermédiaire dans la pathogénie de cette curieuse affection apparaît dominant. Une courte bibliographie, dans laquelle aucune des publications belges ni françaises n'est citée, termine cet article.

G. Dreyfus-Sée.

W. Kolle et **E. Kuster**. ***La présence de bacilles tuberculeux dans le sang circulant*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 9, 2 Mars 1934). — La présence de bacilles tuberculeux dans le sang au cours des diverses formes de bacilloses et en particulier dans 30 à 40 pour 100 des cas de lupus érythémateux n'a pas été confirmée par la plupart des observateurs malgré l'application stricte de la technique de Lœwenstein.

De même sont infirmés les résultats obtenus par Lœwenstein lors de la recherche de bacillémie dans la schizophrénie, la chorée, les affections rhumatismales.

En particulier, la mise en évidence du bacille dans le sang des polyarthrites rhumatismales a été si rare qu'elle ne peut être considérée que comme une coïncidence. Il reste à Lœwenstein à expliquer comment, seul parmi de nombreux observateurs employant les mêmes procédés, il a pu obtenir des résultats positifs dans une proportion telle qu'elle lui a permis d'en tirer des conclusions étio-pathogéniques.

On ne peut admettre, en effet, des fautes de techniques commises par tous les expérimentateurs. Le fait que les expériences de Lœwenstein n'ont pu être reproduites avec des résultats comparables aux siens infirme profondément ses conclusions.

La présence possible de bacilles dans le sang, au cours d'une tuberculose, était connue depuis longtemps, mais la théorie de bacillémie avec multiplications des germes dans le milieu sanguin ne peut être admise en l'absence de toute preuve actuellement confirmée.

Les résultats de l'expérimentation mondiale ne permettent donc pas de modifier le rôle étiologique attribué au bacille de Koch, ni d'admettre son action déterminante dans des affections non tuberculeuses.

G. Dreyfus-Sée.

Krohn. ***Contribution à la clinique et à la pathogénie des hémorragies sous-arachnoïdiennes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 9, 2 Mars 1934). — K. relate 2 observations d'hémorragies sous-arachnoïdiennes déterminées par des anévrysmes des vaisseaux cérébraux; les troubles de la régulation vaso-motrice existaient dans les 2 cas et étaient marqués dans l'un d'entre eux au point de simuler une maladie infectieuse aiguë (fièvre typhoïde).

La cause de ces anévrysmes paraît être une déficience de la paroi vasculaire dont l'origine pourrait être un trouble du développement des artères de la base du crâne. La rupture vasculaire était provoquée, dans les cas observés par K., par des variations tensionnelles, la poussée d'hypertension étant d'origine exogène ou se manifestant lors d'une hypertension essentielle. Dans une des observations, la coïncidence d'un infarctus coronarien peut faire penser qu'il s'agit d'une maladie vasculaire générale, tout au moins fonctionnelle.

En pratique, les faits cliniques et anatomo-pathologiques incitent dans ces cas à une prudence extrême dans la soustraction du liquide céphalo-rachidien de ces sujets, la P. L. ne devant être pratiquée à titre thérapeutique que lors d'indication formelle, si on redoute une hypertension intra-cranienne déterminée par l'abondance des hémorragies.

G. Dreyfus-Sée.

Langelüddeke. ***Traitement soufré des psychoses*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 11, 16 Mars 1934). — 35 schizophrènes traités par la médication soufrée ont présenté une amélioration appréciable de 20 pour 100 plus fréquente que celle constatée chez 60 malades semblables chez lesquels le traitement n'a pas été pratiqué.

Les essais ont été poursuivis avec plusieurs médicaments spécialisés dont l'action a été étudiée comparativement.

L'effet obtenu semble dû à une transformation du terrain constitutionnel très différente du mode d'action de la pyrétothérapie.

G. Dreyfus-Sée.

Mahlo. ***Le traitement des ulcères gastriques par les ondes courtes est-il indiqué?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 11, 16 Mars 1934). — Dans la plupart des cas d'ulcus la thérapeutique par les ondes courtes crée des circonstances favorables à la guérison. Cependant, la prudence reste nécessaire et il importe de limiter les irradiations, sinon on risque de déterminer une hémorragie. L'effet sédatif et analgésique du traitement est indiscutable mais son action curative ne saurait être affirmée.

G. Dreyfus-Sée.

Van der Reis. ***La diarrhée*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 12, 23 Mars 1934). — R. envisage la classification des diarrhées sans tenir compte des notions pathogéniques.

Il distingue 2 groupes essentiels :

1° Diarrhée dont la cause est intestinale.

2° Diarrhée dont la cause est extra-intestinale.

Dans le 1er groupe rentrent les dyspepsies, catarrhes intestinaux, entérites, entéro-colites et colites.

La dyspepsie est un terme trop largement compréhensif pour pouvoir être retenu.

La base de classification plus importante est la notion des caractères des selles : selles de fermentation ou de putréfaction qui doivent être parfaitement différenciées.

Toutefois, ces selles ne sont en réalité que les éléments d'un syndrome infectieux. La différenciation classique entre dyspepsie et inflammation est inexacte, la présence de mucus dans les selles pouvant parfaitement manquer, même lors de processus inflammatoires.

Le rôle de l'estomac enfin, dans ces diarrhées, est peu vraisemblable; les affections typiques gastriques évoluent, en effet, sans diarrhée et lorsque celle-ci survient il est vraisemblable que le même processus nocif est intervenu sur l'estomac et l'intestin.

Par contre, on tiendra compte dans la classification des diarrhées des diverses manifestations subjectives et objectives qui les accompagnent : troubles fonctionnels, influence des régimes, etc.

Les diarrhées d'origines parasitaires ou infectieuses seront diagnostiquées par les recherches appropriées.

Le diagnostic de diarrhée fonctionnelle ne sera admis qu'après un examen complet et approfondi.

Enfin, les diarrhées pancréatiques, très caractéristiques, appartiennent encore au 1er groupe.

Dans le 2e groupe rentreront les diarrhées des azotémiques qui se trouvent aux confins des 2 groupes, et surtout les diarrhées hormonales, nerveuses, toxiques : Basedow, tabes, maladies infectieuses générales telles que pneumonie, scarlatine, intoxication par les champignons, botulisme, arsénicisme, etc.

Enfin, il faut signaler l'élimination aqueuse vicariante par l'intestin que R. appelle la transpiration intestinale.

G. Dreyfus-Sée.

W. Schöndube. ***Traitement médicamenteux de la diarrhée*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 12, 23 Mars 1934). — De plus en plus le traitement de la diarrhée tend à devenir un problème diététique chez l'adulte comme il l'est déjà chez le nourrisson.

Cependant, quelques médicaments peuvent être utiles.

Nombre de diarrhées chroniques relevant d'insuffisance sécrétoire (achylie) justifient la thérapeutique substitutive sécrétoire : acide chlorhydrique, pepsine, ferments pancréatiques.

Les ferments pancréatiques sont au premier plan dans les diarrhées par insuffisance de cette glande, tout en demeurant subordonnés à la diététique.

L'évacuation de l'intestin par laxatifs (calomel excepté) ou par lavement (sauf lors de dysenterie toxique) est indiquée dans les diarrhées de fermentation ou de putréfaction, ainsi que la diète hydrique avec injection de sérum sucré ou salé.

Les médications astringentes (tanin, bismuth, dermatol, calcium), absorbantes (charbon), désinfectantes (thymol), benzonaphtol, yatren, émétine, etc.), ont leurs indications propres.

Il en est de même des traitements sérothérapiques (dysenterie, choléra) et des médications modificatrices de la flore intestinale (ferments lactiques, laits acides, etc.).

Enfin, les médications agissant sur la mobilité intestinale comportaient essentiellement l'opium qui est actuellement de moins en moins utilisé, car il n'agit pas sur la muqueuse intestinale et son action sur la digestion peut être défavorable.

Les médicaments vaso-moteurs sont au contraire très employés : atropine, adrénaline, etc.

Plus récemment, enfin, la thérapeutique de shock a été préconisée, shock anaphylactique, peptone, transfusions sanguines, etc.

S. conclut sa revue générale des médications anciennes et modernes, en affirmant : « Sans diététique aucun traitement de la diarrhée n'est légitime, alors que ce traitement peut fort bien s'effectuer sans médicament. »


"Σ" en clientèle
son traitement de fond
se réalise efficacement par l'emploi simultané et à bonnes doses du Mercure et de l'Arsenic grâce aux Préparations
LUDIN
précieuses quand les Arsénos-benzols sont contre-indiqués ou mal tolérés, précieuses aussi contre les accidents rebelles, les formes graves, etc...
tolérance parfaite
SIROP
GRANULES
LUDIN
par jour :
2 à 4 cuillerées à soupe
3 ou 6 granules
traitement arséno-mercuriel
dissimulé
très actif .... très discret .... très maniable.
Vous vérifierez son efficacité et sa tolérance parfaite en demandant littérature et échantillons : Laboratoires REY à DIJON

Les succès de la cure de pommes dans des diarrhées graves soulignent le bien fondé de cette assertion. G. Dreyfus-Sée.

W. Anulung. ***Cure diététique de la diarrhée*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 12, 23 Mars 1934). — Le régime doit être prescrit avec des détails précis et il importe d'insister sur le mode de préparation et la nécessité d'une bonne mastication. Les diarrhées aiguës graves justifient les diètes hydriques de 24 à 48 heures puis une réalimentation prudente avec soupes farineuses légères, cacao à l'eau, biscottes. Peu à peu, on introduit la viande hachée maigre, le jambon cru, des bouillies à l'œuf. Très prudemment, le lait sera essayé. Beurre cru et sucre sont ajoutés en petite quantité. Enfin, les légumes passés et les compotes constituent le dernier stade.

Le régime normal est plus vite rétabli dans les diarrhées légères tout en recommandant d'éviter la suralimentation trop rapide, à laquelle se laissent entraîner les malades lorsque l'appétit de la convalescence survient. Le régime de pommes crues de Heisler Moro peut rendre service dans les diarrhées aiguës (2 ou 3 jours de suite 5 fois par jour 200 à 300 gr. de pomme râpée).

Le traitement des diarrhées chroniques varie évidemment suivant leurs causes. Les divers types de régime correspondant aux diarrhées de fermentation ou de putréfaction sont rapidement passés en revue ainsi que les modifications qu'imposent les troubles de digestion prédominants de certaines substances alimentaires. G. Dreyfus-Sée.

F.W. Kroll. ***Tableau clinique de la névrite des arracheurs de navets*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 18, 4 Mai 1934). — Cette affection a été décrite par Hoffmann en 1897 et paraît analogue à celle connue antérieurement chez les cultivateurs de pommes de terre.

Elle est caractérisée par des troubles de la sensibilité et une paralysie périphérique incomplète de la musculature de la jambe, survenant après quelques jours du travail d'arrachage qui s'effectue en position agenouillée.

Dans les cas observés par K., le début se produisit en général dans les 3 à 4 premières semaines du travail. Une sensation d'engourdissement fit place rapidement à une paralysie très douloureuse. En général, la jambe droite était plus atteinte que la gauche à l'inverse des observations antérieures de Curschmann. Cette prédominance droite paraît cependant s'expliquer par la position habituelle prise au cours de l'arrachage par les sujets droitiers.

L'intensité et l'extension des paralysies variaient selon les malades: en général, il y avait lésion partielle des nerfs péroniers et tibiaux avec modification des réactions électriques et atrophie musculaire modérée; les troubles sensitifs étaient également peu accentués et parcellaires. Le nerf crural était atteint dans 2 cas.

Le pronostic est favorable, mais la régression est assez lente. Le traitement habituel des névrites est de mise et accélère la guérison. La prophylaxie de cette maladie professionnelle pourrait être aisément pratiquée en avertissant les ouvriers du danger qu'ils courent en n'interrompant pas leur travail dès l'apparition des premiers fourmillements. G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Alexander Pierach. ***Etudes sur l'acoustique clinique. IIe partie. La bronchophonie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 3, 15 Mars 1934). — Pour étudier *in vivo* la bronchophonie du poumon normal ou pathologique, P. a eu recours à 2 méthodes de renforcement. L'une, la méthode des voyelles, consiste à faire émettre par le malade une voyelle. Le bruit est enregistré par un microphone placé devant la bouche tandis qu'un autre appareil enregistre les vibrations transmises à travers le poumon et jusqu'à la paroi thoracique par cette émission. On utilise ensuite un analyseur de Mader qui permet de tirer des conclusions sur la conductibilité sonore des poumons. Une autre méthode, celle du bourdonneur, consiste à faire émettre par un appareil, dans une pièce voisine, des sons de fréquence variable qui sont amenés par des tuyaux jusqu'à la bouche du malade. Un microphone placé sur le thorax sert à inscrire ce qui a traversé par les poumons.

Il a été ainsi constaté que les poumons normaux sont comparables à un filtre pour les sons bas. Dans l'inspiration, tous les sons supérieurs à 200 hertz sont supprimés tandis que ceux qui vont de 100 à 180 hertz sont particulièrement bien transmis. Dans l'expiration, le filtrage se fait sentir surtout entre 100 et 180 hertz. Ces chiffres sont valables pour la base droite. Pour le sommet droit, les différences sont beaucoup moins sensibles.

En cas d'emphysème, la conduction est bonne jusqu'à environ 400 hertz et la différence entre l'expiration et l'inspiration très modérée à la base. Sur un poumon privé d'air, il y a bronchophonie aux environs de 1.000 hertz et au delà. Le spectre de la conduction du son présente alors une courbe à plusieurs sommets. En cas de cavernes pulmonaires, il existe des résonances très limitées. Dans le pneumothorax, la conduction est très bonne jusqu'à 300 hertz.

Des éponges de caoutchouc sèches ou imbibées d'eau donnent une courbe de conduction très analogue à celle du poumon contenant de l'air ou du poumon pneumonique. Il a été fait également des expériences avec des poumons de porcs qui confirment cette théorie des filtres et montrent que les basses fréquences ne naissent pas dans le tissu pulmonaire proprement dit, mais dans les ramifications de l'arbre bronchique. L'action filtrante du tissu pulmonaire normal ou pathologique ne laisse passer qu'une partie des sons ainsi émis.

P.-E. Morhardt.

H. Bidermann et **W. Hertz.** ***Les possibilités d'utilisation du sucre consommé en cas de glycogénose*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 3, 15 Mars 1934). — B. et H. donnent les résultats d'études très complètes sur le métabolisme des hydrates de carbone chez un nain de 11 ans atteint de glycogénose et présentant, à jeun, une glycémie qui varie de 46 à 61 milligr. La tolérance pour les hydrates de carbone est très remarquable dans les cas de ce genre, de sorte que l'absence de glycosurie constatée après repas sucré d'épreuve donne une image tout à fait fausse du fonctionnement hépatique. Ainsi, le malade de B. et H. a pu ingérer 100 gr. de glucose, 25 et 30 gr. de lévulose ainsi que 25 gr. de galactose sans qu'on retrouve de sucre dans l'urine. Par contre, avec 100 gr. de glucose, il a été constaté une hyperglycémie de 322 milligr. 1 heure 1/2 après l'ingestion. Au bout de 2 nouvelles heures, on en retrouvait encore 160 milligr. soit 3 fois plus que le chiffre initial. Le maximum observé chez un enfant normal de 18 kilogr. (4 ans 1/2) a été de 205 milligr. avec retour à la normale en 3 heures.

Avec un taux plus faible de 20 gr. de glucose correspondant à 1 gr. par kilogramme de poids du corps, la glycémie chez le sujet atteint de glycogénose atteint 280 milligr. contre 150, chiffre normal. Mais alors, le maximum survient une demi-heure plus tard que normalement. En outre, la branche ascendante de la courbe présente une coudure qui rappelle la courbe à deux sommets de Thoenes et Lœschke, considérés par beaucoup d'auteurs comme caractéristiques d'une altération du foie.

La courbe constatée après repas de lévulose (30 gr.) a été assez semblable à celle d'un enfant de contrôle. D'autre part, la fraction du phosphore sanguin soluble dans les acides et l'élimination des phosphates par les urines diminuent après consommation de sucre chez les sujets normaux. Ce phénomène doit être mis en rapport avec le fait qu'en présence de sucre, les tissus ont besoin d'acide phosphorique pour éthérifier les hydrates de carbone. Chez les diabétiques, cette diminution ne se constate pas et dans le cas de glycogénose observé par B. et H. on a tout au contraire constaté une forte augmentation des phosphates urinaires sous l'influence de glucose.

P.-E. Morhardt.

H. Biedermann et **W. Hertz.** ***Influence de l'adrénaline et de l'insuline sur les échanges d'hydrates de carbone en cas de glycogénose*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 3, 15 Mars 1934). — Chez un enfant atteint de glycogénose et présentant une hypoglycémie marquée (46 à 61 milligr.), il a été constaté qu'un 1/2 milligr. d'adrénaline n'agit pas et que 1 milligr. n'élève guère le sucre du sang au moins quand l'ingestion est pratiquée à jeun; quand elle est pratiquée 4 heures après le repas, elle n'a aucun effet. En déterminant, chez ce malade, une acidose par administration de chlorure d'ammonium, on ne fait pas, par administration d'adrénaline, augmenter la glycémie comme chez les sujets normaux.

L'hyperglycémie insulinique initiale a été également étudiée et on a constaté qu'elle atteint 12 pour 100 du chiffre initial. D'autre part, on a trouvé, à jeun, dans le sang de l'enfant, des proportions de glycogène de l'ordre de 0,02 calculé en glucose, proportion qui serait plus élevée que normalement. L'acétone n'a été constatée que d'une façon irrégulière et l'administration d'adrénaline l'a fait augmenter d'une façon importante.

En procédant à l'épreuve insuline-eau-sucre de Althausen-Mancke, il a été constaté qu'il n'y avait pas hypersensibilité à l'insuline. L'épreuve de Staub-Traugott donne un résultat négatif qui s'explique, étant donné que la courbe de la glycémie est très prolongée. Une épreuve du même genre poursuivie chez un autre enfant a donné également des résultats négatifs, de sorte qu'on n'a aucune raison de croire à une cirrhose débutante.

P.-E. Morhardt.

Eskil Kylin. ***Elimination de prolan dans l'hypertonie essentielle. Contribution à l'étiologie de l'hypertension*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 3, 15 Mars 1934). — Dans l'hypertonie essentielle, on observe des symptômes exactement inverses de ceux de la maladie de Simmonds (hypertension, hyperglycémie, hyperuricémie, hypocalcémie, élévation du métabolisme de base, aplatissement de la courbe de la glycémie observée après injection d'adrénaline, diminution de la sensibilité à l'insuline, hypersensibilité pour la chaleur, élévation considérable de la pression du sang après effort physique). K. a donc été amené à rechercher d'autres symptômes d'un hyperfonctionnement de la préhypophyse, notamment en dosant le prolan qui, normalement, est éliminé dans la proportion de 3 à 5 unités-souris par 24 heures. Cette recherche a été poursuivie chez 40 sujets. Chez ceux d'entre eux qui présentaient des pressions très élevées variant de 190 à 250 et qui étaient au nombre de 12, il a été constaté, chaque fois, une réaction positive avec l'urine non concentrée. Parfois même, la réaction a été très forte et l'urine, même diluée, a donné des réactions positives. Chez 11 sujets, à pression normale, va-

riant de 100 à 140, par contre, l'urine concentrée 5 fois a donné toujours des résultats négatifs.

Chez 10 sujets à pression modérément élevée (165 à 200), la réponse n'a jamais été positive que dans l'urine concentrée. Dans un autre groupe encore de 9 sujets à pression variant de 165 à 220, l'urine normale a donné 4 fois une réponse positive. Ainsi, il y a parallélisme net entre la tendance à l'hypertension et l'élimination de prolan avec l'urine. Ces recherches ont été poursuivies dans l'urine de 24 heures et non pas seulement avec l'urine du matin comme Zondek l'a fait chez les femmes à la période de la ménopause.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

K. Diehl. ***Tuberculose et individualité*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, t. LI, nos 1 et 2, 6 et 13 Janvier 1934). — Tout en reconnaissant l'importance des facteurs extrinsèques (milieu social, profession, etc.), dans la genèse et l'évolution du processus tuberculeux, D. s'élève contre le rôle trop exclusif qu'on leur fait jouer au détriment des facteurs individuels, et spécialement du facteur prédisposition spécifique héréditaire à la tuberculose. Cette méconnaissance aboutit à de graves erreurs de direction dans la lutte antituberculeuse. L'organisme intervient bien plus qu'on ne le dit dans la résistance à l'infection et dans l'évolution même de cette dernière. Pour D. ni la quantité de bacilles, ni leur virulence, ni leur type ne jouent de rôle décisif dans la genèse et l'allure de la tuberculose. Le sort de l'organisme infecté réside surtout en lui-même, dans sa résistance individuelle.

Les modalités si diverses de l'évolution de l'infection sont surtout la suite de l'infection et de la répétition de l'infection. Or les constatations qu'invoque D. montrent que les forces spécifiques de défense mises en action par le processus tuberculeux dépendent de la constitution propre de l'organisme infecté. La direction prise par ce processus chez un sujet dépend donc moins des forces immunobiologiques que de sa constitution.

D. étudie successivement l'action de divers états de l'organisme sur la tuberculose. La grossesse ne semble guère prédisposer à la tuberculose; les femmes qui, à la suite d'une gestation, présentent une tuberculose étaient déjà antérieurement prédisposées à la maladie et possédaient une constitution spéciale à cet égard. Parmi les troubles endocriniens, l'hyperthyroïdie constitue un état défavorable au développement de la tuberculose. Dans l'association diabète-tuberculose, souvent réalisée, le diabète agit, et en déterminant souvent des formes malignes de tuberculose, et en favorisant l'implantation de l'infection; néanmoins, dans cette association, le facteur individuel joue encore un rôle important, se manifestant par l'existence de processus bénins, par l'indépendance chronologique relative entre le diabète et le début de la tuberculose et par le fait que la majorité des diabétiques échappent à cette infection. Dans la diathèse lymphatique, qui est le plus souvent de caractère héréditaire, on retrouve nettement l'influence du facteur individuel, car il ne se produit pas d'infiltration tuberculeuse chez tous les enfants présentant cette constitution; elle n'est donc pas cause de tuberculose, mais elle imprime un cachet spécial à la tuberculose qui souvent alors se montre bénigne. De même l'analyse des faits montre que l'habitus asthénique n'implique pas une prédisposition à la tuberculose, mais il indique une constitution qui, certaines conditions préliminaires réalisées, exerce une influence favorisante sur le processus tuberculeux. D. envisage ensuite la question d'un *locus minoris resistentiæ* de certains organes vis-à-vis de la tuberculose, l'influence des facteurs extrinsèques (silicose) dans une collectivité imprimant un cachet spécial à la tuberculose, puis les rapports entre l'âge de la vie et la tuberculose; il attribue la diminution de résistance de la puberté à l'augmentation de la prédisposition aux inflammations caractérisant cet âge.

Enfin, D. examine le rôle joué par l'hérédité. Tout en permettant de considérer comme très vraisemblable l'existence d'une prédisposition héréditaire à la tuberculose, les statistiques publiées n'autorisent pas une conclusion définitive, tant les conditions sont complexes. Par contre, l'étude de la pathologie des jumeaux apporte la preuve décisive de cette prédisposition héréditaire.

P.-L. Marie.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE (Leipzig)

Gundel et **Süssbrich** (Heidelberg). — ***La sérothérapie des péritonites et ses bases scientifiques*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LXI, n° 6, 10 Février 1934). — **E. Schneider** (Heidelberg). ***Directives sur la sérothérapie dans la lutte contre la péritonite*** (*Id.*). — **F. Rost** (Mannheim). ***Sur l'emploi du sérum dans les maladies chirurgicales*** (*Id.*). — Les recherches bactériologiques de G. et S., confirmant les travaux d'Aschoff, leur ont montré que l'agent essentiel dans l'appendicite aiguë est l'entérocoque, et aussi un streptocoque non hémolytique très voisin. Mais au stade des complications, c'est-à-dire dès qu'il y a abcès appendiculaire ou péritonite, par suite de la perforation de l'appendice, intervient la flore intestinale, en première ligne le colibacille, et les anaérobies. Toute péritonite est donc une infection mixte contre laquelle une sérothérapie monovalente, quelle qu'elle soit, sera le plus souvent inefficace.

Seul un sérum polyvalent peut être utile. Ceux couramment employés en France (sérum de Weinberg) et en Allemagne (sérum de Höchst) sont anti-anaérobies et anti-colibacillaires ou anti-streptococciques. Le sérum idéal devrait agir, en outre, sur l'entérocoque, peut-être aussi sur le proteus, dont le rôle pathogène dans certaines péritonites semble ressortir de quelques observations. Ce sérum idéal n'existe pas encore, et ceci explique certains échecs de la sérothérapie. G. et S. rapportent 2 cas de péritonite mortelle malgré sérothérapie (l'un dans un ulcère perforé du duodénum, l'autre dans une hernie étranglée), et dans ces 2 cas l'examen de l'exsudat montre la présence du seul entérocoque. Cet examen bactériologique pratiqué au cours de l'opération fournira toujours une orientation utile à la sérothérapie.

Telle qu'elle est employée actuellement à la clinique chirurgicale d'Heidelberg (Schneider), cette sérothérapie paraît réaliser une amélioration considérable dans le traitement des péritonites. Elle a abaissé la mortalité à 10,5 pour 100, pour 170 cas; encore 5 des 10 morts relèvent-elles de causes autres que la péritonite (troubles cardiaques, bronchopneumonie).

G. et S. font, à la fin de l'opération, par le drain, une injection intra-péritonéale de 20 ou, dans les cas très graves, de 40 cmc de sérum; puis, avant la fin de la narcose, une injection intraveineuse de 20 cmc de sérum dilués dans 1 litre de sérum glucosé à 5 pour 100. Ils dépassent rarement ces doses : 4 fois, seulement, ils ont injecté une dose totale dépassant 100 cmc.

Ils insistent beaucoup sur la nécessité de n'employer que du sérum dilué pour l'injection intraveineuse, et de faire cette injection quand le malade est encore sous l'influence de l'anesthésie (ou de la rachi-anesthésie); lorsque la dose de sérum est importante, ils ajoutent une injection de calcium Sandoz et d'éphédrine. Grâce à ces précautions, ils n'ont jamais observé d'accidents anaphylactiques graves, et, sur 170 malades, ils n'ont vu que 8 éruptions sériques.

A la clinique d'Heidelberg, on emploie également la sérothérapie à titre prophylactique dans toutes les opérations sur le tube digestif : injection intraveineuse de 20 cmc, même de 40 s'il s'agit d'une résection ou d'une autre intervention pour cancer.

Le travail de R. est principalement consacré à la sérothérapie antitétanique prophylactique et curative, et n'apporte d'ailleurs sur ce sujet rien de bien nouveau. Mais R. y donne aussi son opinion sur la sérothérapie des péritonites. Il est partisan, dans les péritonites d'origine appendiculaire ou intestinale, de l'injection intra-péritonéale et intramusculaire de 25 à 50 cmc de sérum anti-anaérobie et anti-colibacillaire.

Dans la péritonite à pneumocoques, le sérum anti-pneumococcique doit être employé en injection intra-péritonéale (25 cmc) au cours de l'opération, puis en injections intra-musculaires aux mêmes doses les jours suivants. Lorsqu'il a pu affirmer le diagnostic de péritonite à pneumocoques, R. recourt à la seule sérothérapie jusqu'à l'enkystement de l'abcès.

Ch. Lenormant.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

G. Kaboth (Cologne). ***Technique de la césarienne extrapéritonéale*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An LVIII, n° 6, 10 Février 1934). — La césarienne extra-péritonéale, qui ne fut employée au début que dans les mauvais cas, a peu à peu supplanté à la clinique de Cologne la césarienne intra-péritonéale. De Juillet 1928, à Juillet 1933, la statistique des césariennes donne les chiffres de 308 extra-péritonéales pour 160 intra-péritonéales.

La technique est simple, l'incision de la peau, de l'aponévrose et de l'utérus ne doivent pas se superposer. Le refoulement du cul-de-sac péritonéal en haut et de la vessie vers le bas met à nu la paroi antérieure du col. Prendre garde à l'uretère qui peut être très antérieur. K. conseille de lier préventivement les énormes vaisseaux qui peuvent se présenter devant l'utérus, pour éviter de les blesser.

L'utérus sera suturé en deux plans.

Si l'on veut drainer et le drainage paraît être utile (155 cas drainés sans une mort par infection contre 153 cas non drainés avec 3 morts par infection), une incision latérale de 2 cm. permettra de placer une mèche derrière le pubis, dans l'espace précervical.

L'accident le plus fréquent a été la blessure de la vessie (11 cas) qui, dans un cas seulement, entraîna la mort par infection urineuse. Les résultats de la césarienne sont très favorables. Si l'on défalque 6 cas d'éclampsie mortelle, un accident dû à une lésion cardiaque non compensée et une pyélonéphrite, la mortalité opératoire a été de 5 pour 308 cas.

De ces 5 cas, l'un est dû à une infection urinaire consécutive à la blessure de la vessie. 2 opérées succombèrent à une péritonite (elles étaient infectées avant l'intervention), une à une pneumonie lobaire et la cinquième à une embolie le 30e jour après de nombreux infarctus.

Si l'on confronte ces résultats avec ceux de la césarienne intra-péritonéale (11 morts sur 160 cas) que donne l'auteur, la supériorité de la césarienne extra-péritonéale apparaît indiscutable.

Desmarest.

S. Ernst (Hermannstadt, Roumanie). ***Le traitement de la perforation utérine au cours de l'avortement*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. LVIII, n° 9, 3 Mars 1934). — Laissons de côté les

cas de perforation ayant déjà déterminé une péritonite diffuse et qui sont mortels, quoi qu'on fasse, et n'envisageons avec E. que les cas de perforation opérés avant toute infection péritonéale. Que faire ? Faut-il suturer la perforation ou faut-il pratiquer d'emblée une hystérectomie ?

E. de l'étude de 30 cas conclut en préconisant la suture qui doit toujours être tentée. L'hystérectomie est une opération de pis aller qu'il faut réserver aux cas de perforation très étendue ou lorsque la minceur du muscle utérin rend impossible la suture. S'il existe des lésions inflammatoires importantes des annexes, E. donne la préférence à l'hystérectomie.

On ne saurait en matière de perforation établir de règle absolue, le chirurgien est le seul juge de la détermination à prendre suivant les lésions. E. souligne seulement que la suture est selon lui le procédé de choix.

Desmarest.

A. Lysander (Göteborg). ***Le traitement des dermatoses de la grossesse*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. LVIII, n° 10, 10 Mars 1934). — Les dermatoses de la grossesse, dites encore toxicodermies si l'on admet avec Sutz qu'elles seraient dues à une intoxication par un produit de désintégration de l'albumine dans l'organisme maternel, pourraient d'après cet auteur être divisées en 3 grands groupes :

Un 1er groupe comprenant les érythèmes, les exanthèmes, les urticaires, les dermatites, les prurits et prurigos, qui sont des troubles du système vasculaire, surtout vaso-moteurs.

Les 2e *groupe* et 3e *groupe* sont constitués par les dermites herpétiformes (Duhring) et le redoutable impétigo herpétiforme, tous deux très rares et graves, puisque l'impétigo herpétiforme entraîne l'interruption de la grossesse.

Etudiant les diverses thérapeutiques proposées, Sutz conseille d'essayer le fer et le calcium combinés à l'arsenic pris par voie buccale, puis de recourir à l'injection sous-cutanée de 200 cmc de solution de Ringer, enfin, de faire usage de sérum de cheval et au besoin de sérum de femmes enceintes saines, si le cas a résisté à toutes les médications.

Le reste de l'article est un chaud plaidoyer en faveur de l'auto-hémo-thérapie dans les dermatoses de la grossesse.

Après avoir employé dans 11 cas des injections de 15 à 20 cmc de sang, on a eu recours à la clinique de Goteborg à de toutes petites doses progressives allant de 1 cmc à 3 cmc. Les injections sont faites tous les 2 ou 3 jours.

Dans 17 cas, une injection a été suffisante; dans 6 cas, il fallut faire 2 injections; 3 dans un cas, et 4 ou 5 injections dans les 2 derniers cas.

Chez une femme enceinte pour la 3e fois, atteinte d'un eczéma, plusieurs injections de fortes doses de sang ne donnèrent aucun résultat. La guérison fut obtenue par de petites doses.

Les 6 malades qui souffraient de prurit vulvaire comprenaient 3 glycosuriques passagères, chez 2 de ces femmes, le régime fit disparaître le sucre, mais le prurit persista et ne céda qu'à 2 injections de sang.

Ce traitement simple et pratique, sans aucun danger, peu coûteux, s'est montré tout à fait efficace d'après L.

Desmarest.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Winterseel. ***L'état du poumon chez 300 sujets atteints de lupus*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXX, nos 1-2, 1934). — Sur 310 sujets atteints de lupus et examinés cliniquement et radiologiquement, on trouve les proportions suivantes : 7,57 pour 100 atteints de lésions pulmonaires en activité; 4,10 atteints de lésions radiologiquement suspectes; 65 pour 100 présentant des signes radiologiques anciens sans potentiel évolutif probable; c'est-à-dire globalement, sur le total de 310, seuls 73 sujets seraient considérés comme indemnes cliniquement et radiologiquement de lésions présentes ou passées. Ces chiffres apparaissent comme très supérieurs aux tables témoins rapportant les examens systématiques pratiqués chez les étudiants, soldats, etc...

Si donc, la loi de Marfan (suivant laquelle la tuberculose cutanée protège contre la bacillose pulmonaire) doit comporter quelques atténuations, il n'en reste pas moins que les atteintes pulmonaires constatées chez ces malades sont avant tout torpides et peu évolutives.

G. Basch.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

C. B. Udaondo, M. Schteingart et **R. Ferramola.** ***Le brome dans le sang et le liquide céphalo-rachidien*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XXXVII, n° 10, 10 Mars 1934). — Les travaux de Roman, permettant de doser le brome des humeurs, ont conduit Zondek et Bier à découvrir les propriétés physiologiques remarquables de ce métalloïde.

Le taux du brome sanguin varie entre 0,65 et 1 milligr., 10 pour 100. L'hypophyse, organe le plus riche en brome de l'économie, en contient jusqu'à 15 milligr. pour 100 : cette teneur présente de larges variations selon l'âge et le sexe. Zondek et Bier ont trouvé, chez les maniaques et les déprimés, un déficit de la bromémie atteignant 85 pour 100 du taux normal.

U. S. et F. ont dosé le brome dans le sang et le liquide céphalo-rachidien de 40 malades par la méthode de Pincussen-Roman, et comparé les taux obtenus avec ceux des autres halogènes. Ils ont observé une hyperbromémie marquée, quasi constante, chez les hyperthyroïdiens, parallèle à l'hyperiodémie.

Ces faits ne sauraient surprendre en raison des synergies qui relient l'hypophyse et la thyroïde. D'ailleurs l'hormone bromée hypothétique de Zondek serait homologue de la thyroxine.

Le taux du brome du liquide céphalo-rachidien ne présenterait aucune relation nette avec les états pathologiques.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
(Buenos-Aires)

Ramon Pardal, Egidio S. Mazzei. ***Le pneumothorax spontané bénin par rupture de formations bulleuses ampullaires sous-pleurales*** (*Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio*, t. I, n° 9, Décembre 1933). — P. et M. ont eu pour but de montrer que le pneumothorax spontané bénin constitue une entité clinique propre dont le diagnostic, avec d'autres lésions analogues secondaires à la pénétration de l'air dans la plèvre, est particulièrement difficile.

Jusqu'à ces derniers temps on invoquait à peu près uniquement la tuberculose comme étiologie du pneumothorax spontané bénin. P. et M. rappellent les travaux parus sur cette question et signalent que l'on peut invoquer, dans l'apparition de cette lésion, certain état anatomique, l'existence d'une bulle ampullaire sous-pleurale.

Ils étudient dans leur travail les différents aspects des pneumothorax « tuberculeux » ou survenant « au cours de la tuberculose » et les différencient du pneumothorax spontané bénin; ils isolent de même le pneumothorax des emphysémateux.

Ils insistent sur cet état particulier vésiculaire du poumon décrit par Fischer-Wasels et préfèrent donner à ces vésicules le nom de « bulles ampullaires sous pleurales ».

Pour P. et M. les principaux signes du pneumothorax spontané bénin sont :

1° Affection de l'âge adulte (de 20 à 30 ans surtout) et de préférence du sexe masculin, frappant des sujets en bonne santé apparente;

2° Evolution apyrétique de quatre semaines environ, avec évolution spontanée vers la guérison, sans séquelles cicatricielles, avec tendance relative aux récidives.

P. et M. rapportent plusieurs observations et discutent les résultats de l'examen anatomo-pathologique.

Ils consacrent un chapitre aux données radiologiques, la pratique ayant montré qu'il était possible de reconnaître *in vivo* la bulle ampullaire sous-pleurale sous forme d'image annulaire claire, irrégulière, à parois non infiltrées.

Une importante bibliographie complète cet article.

Morel Kahn.

Gumersindo Sayago, Mario Schteingart, Florencio Etcheverry Boneo et **Luis P. Valle.** ***Traitement médical de la tuberculose pulmonaire*** (*Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio*. T. II, n° 1, Janvier-Février 1934). — G. S. passe en revue les *principales indications climatiques concernant la tuberculose* et fait l'étude critique de l'action des différents climats et des facteurs susceptibles de les influencer. Il en discute les indications particulières en République Argentine.

M. S. décrit les données de *l'alimentation des tuberculeux* et donne en exemple un certain nombre de menus appropriés avec l'estimation de leur apport en calories.

B. et V. rappellent les grandes règles du *traitement hygiénique des tuberculeux*.

Morel Kahn.

O HOSPITAL
(Rio-de-Janeiro)

W. Berardinelli. ***Les helminthiases dans l'étiologie de la néphrose lipoïdique*** (*O Hospital*, t. VI, n° 3, Mars 1934). — B. rassemble les travaux consacrés à la néphrose lipoïdique à ankylostomes, et les opinions des divers auteurs sur la question.

Sur 34 cas de néphrose lipoïdique, publiés dans la littérature brésilienne, 18 relèvent avec certitude de l'ankylostomiase. L'association syphilis-ankylostomiase se rencontre dans une proportion importante des cas.

G. d'Heucqueville.

THE JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY
(Tokio)

Harada et **Hashimoto.** ***Sarcoïdes de Boeck*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. XXXV, n° 3, Mars 1934). — Une femme de 51 ans avait depuis 15 ans des nodosités rougeâtres sur le côté droit du bas-ventre; d'autres lésions analogues apparurent sur la tempe droite, le front, le thorax, la nuque, le dos et l'aisselle. Ces lésions, d'abord non prurigineuses, s'accompagnèrent par la suite d'une très vive démangeaison.

Ces nodosités, grosses comme un pois ou un haricot, étaient constituées histologiquement par un

infiltrat très marqué dans la peau et la couche sous-cutanée, infiltrat formé surtout de lymphocytes, avec nombreux plasmocytes, quelques cellules épithélioïdes, sans cellules géantes. On ne trouva pas traces de bacilles de Koch sur les coupes et l'inoculation aux animaux fut négative.

Sous l'influence de la radiothérapie, les nodosités disparurent progressivement en laissant une légère pigmentation. R. Burnier.

Ichikawa et **Shinoda.** ***La syphilis vésicale*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. XXXV, n° 3, Mars 1934). — En 1927, Chocholka put rassembler 169 cas de syphilis vésicale; puis I. et S. en ont réuni 270 cas dans la littérature mondiale; il s'agit le plus souvent de syphilis tertiaire; 23 cas seulement ont trait à la syphilis secondaire.

Au Japon, 17 cas de syphilis vésicale ont été publiés jusqu'en 1933, dont 3 seulement au stade secondaire : ceux d'Iwashita (papules), d'Ijiri (roséole) et de Yamamoto (roséole).

I. et S. rapportent un cas de syphilis vésicale secondaire chez un homme de 29 ans, qui, 21 mois après le début de l'infection, présenta une douleur terminale à la miction, une alopécie diffuse, une polyscléroadénopathie et des condylomes plats.

Les troubles et les lésions disparurent après 3 injections d'arsénobenzènes. Mais les troubles vésicaux récidivèrent au bout de peu de temps.

A la cystoscopie, on constata au sommet de la vessie des petites papules avec quelques petites ulcérations, ayant assez d'analogie avec les plaques muqueuses buccales; on ne put déceler la présence de tréponèmes.

Il fallut un traitement énergique, 9 gr. de néosalvarsan et 21 gr. de bismuth avec ingestion de 50 centigr. d'iodure de potassium par jour, pour faire disparaître complètement les troubles vésicaux. R. Burnier.

Masakazu Kawabe. ***Une cuti-réaction spécifique pour la tuberculose cutanée et les tuberculides*** (*The Japanese Journal of dermatology and urology*, t. XXXV, n° 4, Avril 1934). — M. a préparé un extrait de foie de cobaye inoculé sous la peau du ventre avec un fragment de tissu tuberculeux (lupus miliaire de la face par ex.).

Ce foie est desséché, pulvérisé et mis dans l'eau distillée pendant 24 heures à la température de la chambre. Au filtrat concentré, on ajoute 0,5 pour 100 d'acide phénique. On obtient un extrait jaune brunâtre, dont on injecte 0,1 cmc dans la peau.

M. a toujours obtenu une réaction positive avec cet extrait hépatique dans les tuberculoses cutanées, sauf les gommes tuberculeuses, que le Pirquet soit + ou —. La cuti-réaction est par contre toujours négative chez les tuberculeux sans tuberculose cutanée ou chez les non tuberculeux, alors que le Pirquet peut être + ou —.

M. a fait une rétro-inoculation des ganglions lymphatiques de l'animal inoculé à un animal sain. Les animaux inoculés de deuxième génération n'ont présenté aucune manifestation pathologique et l'extrait de leur foie ne provoque pas de réactions sur les malades atteints de tuberculose cutanée.

M. considère que son extrait hépatique donne une cuti-réaction spécifique pour la tuberculose cutanée, et différente de la réaction de Pirquet. R. Burnier.

LEKARCA WOJSKOWEGO
(Varsovie)

P. Demant. ***Le système nerveux autonomique et les fonctions rénales*** (*Lekarca Wojskowego*, n°s 11 et 12, 1933). — En vue d'élucider l'influence du système nerveux autonome sur les fonctions rénales, D. a expérimenté sur 42 chiens. Ceux-ci étaient soumis à la résection du nerf pneumogastrique dans le thorax, puis à la résection du nerf splanchnique et à la dénudation de l'artère rénale. Le jour suivant on introduisait des canules de verre dans les uretères et l'on recueillait les urines en notant le temps et la quantité de la sécrétion. On y déterminait l'azote, le chlorure de sodium et l'indice de réfraction.

Dans le premier groupe d'expériences on ne sectionnait que le nerf splanchnique d'un seul côté. Le rein, gardant son innervation parasympathique intacte, mais dépourvu de rameaux sympathiques, présentait un accroissement de la diurèse et de la concentration du chlorure de sodium. Par contre la concentration d'azote et l'indice de réfraction diminuaient.

Dans les expériences suivantes, l'énervation du rein par dénudation de son artère entraînait toujours l'augmentation de la diurèse. Le pourcentage d'azote demeurait toujours plus bas dans les urines du rein énervé, la contenance en chlorure de sodium augmentait d'une façon inconstante et l'indice de réfraction diminuait.

Dans un travail précédent, concernant l'influence de la pilocarpine et de l'ergotamine sur les fonctions du rein énervé par dénudation de l'artère, D. avait établi que les influences du système nerveux sympathique affaiblissent la diurèse. L'introduction d'ergotamine, paralysant les terminaisons des nerfs sympathiques, et d'atropine, excitant celles des nerfs parasympathiques, renforce d'abord la diurèse du rein normal.

Après résection du nerf splanchnique droit et dénudation simultanée de l'artère rénale gauche, l'auteur a constaté de la polyurie du rein droit non dénudé. Dans les urines du rein dénudé, on constatait une diminution de la contenance en azote, indépendante des variations de la diurèse.

Dans un dernier groupe d'expériences, l'auteur a pratiqué la résection bilatérale des nerfs splanchniques et la dénudation d'une des artères rénales. Dans ces conditions, le rein non dénudé sécrétait plus abondamment avec augmentation du pourcentage d'azote et de la quantité totale du chlorure de sodium et d'azote, indice de réfraction des urines plus élevé.

Après résection bilatérale des nerfs splanchniques et dénudation de l'une des artères rénales abolissant en partie l'influence du système nerveux parasympathique sur l'un des reins, le rein conservant son innervation parasympathique offrait un rendement plus grand et sécrétait plus d'azote que le rein dont les rameaux parasympathiques étaient en partie détruits. A. Ravina.

REVISTA ROMANA DE UROLOGIE
(Bucarest)

G. Marinesco. ***Hémorragies secondaires et répétées par la plaie lombaire après néphrectomie pour tuberculose rénale*** (*Revista Romana de Urologie*, t. 1, n° 1, Février 1934). — M. expose l'observation d'un malade atteint d'une tuberculose rénale gauche qu'il opère, en pratiquant la néphrectomie. Le lendemain, la température monte à 39° et l'on constate des phénomènes de congestion à la base des poumons. Le 9e jour on enlève les fils, mais la plaie s'ouvre; on fait tous les jours des pansements au Dakin.

Les phénomènes pulmonaires prennent l'allure d'une pneumonie caséeuse, dont l'évolution dure 4 mois. La plaie reste atone, sans bourgeonner. Après 4 semaines, une première hémorragie spontanée et abondante se produit et s'arrête spontanément. On remonte le malade par le sérum, mais 10 jours après on voit se produire une seconde hémorragie; puis les hémorragies se répétèrent pendant 3 mois, tous les 8 jours. Le malade succombe 4 mois après l'intervention, avec des phénomènes de tuberculose pulmonaire aiguë. Dans un cas analogue, trois ans auparavant, M. avait observé les mêmes phénomènes et les considère comme de très mauvais pronostic. Les hémorragies secondaires et répétées après une néphrectomie pour une tuberculose rénale sont très rares. M. conclut en insistant sur la rareté de ces hémorragies, ayant le caractère d'hémorragies supplémentaires, survenant au cours d'une tuberculose aiguë; la cause doit en être cherchée dans la modification de l'indice sanguin au cours de la maladie. La désunion de la plaie est un mauvais symptôme. Henri Krauter.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

B. Strandell. ***Influence de l'exercice physique sur le sucre sanguin, et particulièrement lors de l'ingestion de glycose*** (*Acta medica Scandinavica*, 1934, Suppl. LV). — S. a étudié l'influence de l'exercice musculaire sur la glycémie, et particulièrement lors de l'ingestion de glycose; mais il a fait aussi des recherches sur le sujet à jeun, avec ou sans injection d'adrénaline. Il a examiné 46 sujets bien portants, 9 sportsmen, 7 glycosuriques et 31 malades.

De façon générale, un exercice suffisamment intense et prolongé modifie d'une manière caractéristique la courbe glycémique après ingestion de glycose.

Ainsi, un exercice de longue durée, commençant en même temps que l'ingestion de glycose, produit un nivellement de la courbe glycémique, lequel est à son maximum après un exercice intense. Avec un exercice modéré l'augmentation de la glycémie peut se faire comme au repos. Avec un exercice intense toute augmentation de la glycémie peut faire défaut, si bien que la courbe garde un niveau presque horizontal ou présente même parfois une baisse à la place de l'augmentation normale. Si l'exercice est interrompu au bout d'un certain temps, on observe généralement une augmentation de la glycémie et la courbe peut prendre un aspect semblable à celui de la courbe glycémique après ingestion de glycose au repos.

Si l'exercice débute au moment où la courbe glycémique après ingestion de glycose a atteint son maximum, on observe une chute plus rapide de la glycémie qu'au repos. Si l'exercice est interrompu au bout d'un certain temps, on note ordinairement, ensuite, un nouvel accroissement de la glycémie qui peut donner lieu à une courbe ressemblant à celle que l'on voit après ingestion de glycose au repos (courbe en dos de dromadaire).

Etudiant la teneur en glycose du contenu gastrique à divers moments après ingestion de glycose lors des expériences avec et sans exercice, S. montre que la non-apparition de l'augmentation de la glycémie après ingestion de glycose lors de l'exercice ne peut être due à un défaut de résorption du glycose ingéré; elle relève d'un processus conditionné par l'exercice provoquant une diminution du sucre sanguin. De même, l'augmentation marquée et très durable de la glycémie, qui peut s'observer après cessation de l'exercice, a son origine dans la quantité de glycose qui demeure encore dans l'estomac après la fin de l'exercice.

Immédiatement après la cessation de l'exercice on observe souvent une augmentation fugitive de la glycémie ressemblant à celle constatée après un exercice effectué à jeun. Cette élévation de la glycémie indique que, de même que dans les expériences avec ingestion de glycose, un transport de glycogène a lieu des réserves (foie) vers le muscle par l'intermédiaire du sang. Ainsi, en même temps que l'exercice tend à diminuer le taux de la glycémie, il déclenche un processus agissant en sens opposé. S. pense que ce dernier processus est régu-

larisé avant tout grâce à l'adrénaline bien que d'autres facteurs puissent également intervenir.

Ces processus, qui agissent dans une direction opposée et qui sont déclenchés par l'exercice, se voient surtout bien si l'on fait effectuer un exercice de durée et d'intensité convenables quand la courbe glycémique a atteint son maximum après ingestion de glycose. On peut alors voir combien l'exercice renforce l'action de l'insuline, provoquant une hypoglycémie en même temps qu'une perturbation de l'effet normal de l'insuline, si bien que la quantité de glycose, qui reste dans l'estomac, peut déterminer une nouvelle ascension de la glycémie.

La courbe glycémique après injection sous-cutanée d'adrénaline n'est que peu influencée par un exercice de l'intensité et de la durée de ceux employés dans ces recherches. On ne voit jamais de courbe en dos de dromadaire, les conditions pour l'apparition de cette courbe n'étant pas réalisées.

P.-L. Marie.

S. Bjorkman. *La bronchospirométrie, méthode clinique pour examiner séparément et simultanément la fonction des poumons humains* (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. LVI, 1934). — Après un exposé des recherches expérimentales faites pour obtenir séparément l'air des deux poumons et des méthodes basées sur elles ayant pour but de rendre possible le diagnostic du fonctionnement pulmonaire, B. décrit l'appareillage spécial, composé d'un double bronchoscope et d'un double spiromètre, ainsi que la technique d'examen qui lui ont permis de faire chez l'homme des recherches bronchospirométriques. Comparés aux résultats donnés par les études bronchospirométriques faites antérieurement chez l'animal, ceux qu'il a obtenus chez l'homme ne leur cèdent en rien et leur sont même sur certains points supérieurs.

B. a pu, grâce à cette méthode, déterminer pour chacun des deux poumons les facteurs suivants: absorption de O, émission de CO^2, ventilation, capacité pulmonaire avec ses divers composants volumétriques. Il souligne que les valeurs absolues trouvées lors de l'examen n'ont qu'un intérêt limité, et que c'est le rapport entre les valeurs du poumon droit et du poumon gauche exprimées en pourcentage de la somme des valeurs trouvées pour les deux poumons ensemble qui fournit les renseignements les plus importants.

L'examen de 10 sujets normaux lui a permis d'établir que pendant la bronchospirométrie, l'absorption de O est toujours plus grande et l'émission de CO^2 ordinairement plus considérable que lors de la respiration de base. La capacité vitale se montre plus faible qu'avec la spirométrie ordinaire. Ces particularités tiennent à l'impossibilité de respirer profondément, le bronchoscope en place.

Quant à la participation de chaque poumon aux diverses valeurs trouvées, on voit qu'elle est plus forte pour le droit que pour le gauche. C'est l'absorption de O qui varie le moins tandis que la ventilation oscille dans de larges limites.

B. a examiné 60 malades atteints d'affections pleurales ou pulmonaires ou porteurs de pneumothorax uni ou bilatéral. D'une façon générale, les 4 facteurs subissent une diminution plus marquée du côté qui est le plus touché, avec des différences considérables, selon les malades. L'absorption de O du côté malade est souvent relativement bien plus diminuée que la ventilation. Dans les cas de thoracoplastie, B. signale la possibilité d'une diminution du volume du poumon sain due à l'opération; il souligne l'importance de la pression pleurale lors du pneumothorax quant à la ventilation et à la capacité du poumon collabé. Il a constaté parfois, en cas de thoracoplastie, une discordance entre les signes physiques (murmure respiratoire accusé) et la faiblesse de la ventilation à la bronchospirométrie. L'inverse est également possible.

B. a étudié l'influence de la position du corps et du passage du décubitus dorsal au décubitus latéral sur les 4 facteurs déterminés par la bronchospirométrie. Il compare les valeurs trouvées aux phénomènes cliniques observés.

Lors du calcul statistique de la corrélation entre la ventilation, l'absorption de O et l'émission de CO^2 d'un poumon, on voit qu'il existe une corrélation plus marquée entre la ventilation et l'émission de CO^2 qu'entre la ventilation et l'absorption de O. Cette tendance de l'émission de CO^2 du poumon considéré isolément à être davantage parallèle à la ventilation qu'à l'absorption de O a pour conséquence que les quotients respiratoires des deux poumons peuvent être très différents alors que le quotient calculé en partant de la somme de l'émission de CO^2, ou de celle de l'absorption de O des deux poumons, présente un chiffre normal. Les constatations faites dans certains cas laissent supposer que l'émission de CO^2 par la muqueuse des bronches peut intervenir.

Les accès de toux qui se produisent au cours de la bronchospirométrie ont donné à B. l'occasion d'étudier le mécanisme de la toux et le rôle joué par chacun des deux poumons quand l'un des côtés est malade.

Comme inconvénients de cette méthode, il faut signaler, en dehors des manœuvres plus ou moins pénibles qu'elle nécessite, une augmentation passagère de l'expectoration, une élévation fugace de la température et une aphonie vite disparue. Jamais il ne s'est produit d'aggravation de l'état des malades.

L'indication principale de la bronchospirométrie, ce sont les cas à lésions pulmonaires bilatérales dans lesquels on envisage une intervention opératoire sur l'un des côtés restreignant définitivement la capacité thoracique; la détermination de l'aptitude fonctionnelle de chaque poumon doit alors rendre grand service.

P.-L. Marie.

ACTA RADIOLOGICA
(Stockholm)

Rolf Bull Engelstad. *A propos de l'action des rayons de Röntgen sur les poumons* (*Acta Radiologica. Supplément*, t. XIX, Janvier 1934). — Les recherches expérimentales de R. B. E., ont porté sur 116 lapins dont 15 ont servi de témoins tandis que les 101 autres reçurent des irradiations thoraciques (n'ayant porté dans la majeure partie des cas que sur le poumon droit), avec les constantes suivantes : 65 KV, rayons non filtrés; 65 KV, 1 mm. Al; 110 KV, 1 mm. Al; 175 KV, sans filtre et avec, 1 Al, 0,5, 1, 2 et 7 mm. Cu; la dose fut estimée par l'action biologique en fonction des réactions cutanées, à savoir : dose sous-épidermicide (peu ou pas de réaction notable), épidermicide (épidermite de 6 semaines environ), dangereuse ou mortelle (avec réactions consécutives graves ou même mort); jamais la dose totale ne fut étalée sur plus de 12 jours.

Les réactions pulmonaires se manifestent par une courbe d'apparition caractéristique où il est permis d'isoler 4 stades : 1° le *stade initial* coïncidant avec l'érythème cutané précoce (dégénérescence des follicules lymphoïdes, augmentation du mucus bronchique, hyperémie, infiltration leucocytaire), les premières manifestations pouvant apparaître nettement dès la deuxième heure qui suit l'irradiation;

2° *Le temps de latence* durant 2 à 3 semaines.

3° *La période d'état caractéristique* s'accompagne de lésions de dégénérescence de l'épithélium bronchique et du stroma pulmonaire et de processus inflammatoires (péribronchiques, périvasculaires, broncho-pneumoniques), dont le maximum survient après 1 ou 2 mois pour, par la suite, régresser lentement; en même temps que ces lésions, mais de moindre importance, on constate des macrophages alvéolaires et des cellules géantes en nombre variable.

4° *Le stade de régénération* avec processus conjonctifs et de sclérose, parfois même de néoformations osseuses et de légère prolifération de l'épithélium bronchique, lésions dégénératives. Ces manifestations peuvent persister 6 mois après l'irradiation; néanmoins, en règle générale, ont atteint un stade de repos plus ou moins complet.

Après une dose sous-épidermicide, les modifications, légères, ne laissent subsister après deux mois qu'une sclérose peu marquée; parfois pourtant, rarement d'ailleurs, que ce soit du fait d'une maladie intercurrente ou pour quelque autre cause inconnue, on peut observer des pneumonies graves et même des cas de mort.

Après une dose épidermicide, les altérations sont sévères, parfois mortelles, et font place à une sclérose accentuée s'accompagnant souvent de néoformations osseuses.

Après les doses dangereuses, les pneumonies graves, même la mort, sont fréquentes; si l'animal survit il existe une sclérose extrêmement marquée avec néoformations osseuses étendues et on peut voir survenir des nécroses massives étendues du poumon.

R. B. E., n'a pas constaté de différences d'action appréciables des différents rayonnements utilisés (exprimés en unités ionométriques), sans une même intensité.

Le facteur temps, fonction de l'intensité, joue un rôle important au point de vue du degré des réactions qui s'atténuent en fonction du fractionnement et de l'étalement de la dose.

Les lymphocytes des follicules lymphoïdes normaux du poumon sont très radio-sensibles (début de pycnose environ 1 heure après le début de l'irradiation, très accentuée après 2 heures), et leur régénération demande 2 à 3 semaines.

Les macrophages, qui sont peu nombreux dans les poumons normaux, s'observent en grande quantité après l'irradiation et sont doués d'un pouvoir phagocytaire net portant surtout sur les néoformations conjonctives et osseuses.

Les altérations vasculaires sont en général peu marquées, les capillaires conservant leur contractilité et leur pouvoir de dilatation et il semble donc que les réactions observées ne puissent être attribuées à une origine vasculaire et traduisent au contraire les réactions pulmonaires.

La dégénérescence de l'épithélium bronchique peut aller jusqu'à des monstruosités cellulaires : stratifications, cellules géantes, ...; la prolifération est toujours plus accusée et ne présente jamais de caractères de malignité.

Les cartilages bronchiques sont très radio-résistants; il en est de même de la plèvre et l'on peut, pour ainsi dire avec certitude, affirmer que, si l'on constate des modifications de cette dernière, elles sont secondaires à des processus inflammatoires pulmonaires.

On trouve, en général, de nombreuses calcifications pulmonaires, paraissant provenir pour la plupart de macrophages morts.

Morel Kahn.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Pierre Cambier (Bruxelles). ***Application de la théorie de Rehberg à l'étude clinique des affections rénales et du diabète*** (*Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 4, Avril 1934). — En ce qui concerne le fonctionnement du rein, Rehberg estime que l'élimination de la créatinine fournit une mesure de la filtration; il admet que l'urée retourne dans le sang par un processus passif de back diffusion.

Chez les sujets normaux étudiés, le coefficient d'épuration sanguine pour la créatinine (filtration selon Rehberg) est en moyenne de 111; pour l'urée, il est de 63. En d'autres termes, le rein excrète en une minute la créatinine contenue dans 111 cmc de plasma, et, dans le même temps, l'urée contenue dans 63 cmc de plasma. Ce mode de fonctionnement rénal correspond à une constante d'Ambard et à une « blood urea clearance » de Van Slyke normales.

C. étudie les variations de ces chiffres dans les affections rénales, dans l'insuffisance cardiaque, dans certaines urémies, dans une néphrose mercurielle, dans le diabète insipide, l'acromégalie, le diabète rénal.

Chez certains malades atteints de diabète sucré, le coefficient d'épuration sanguine pour la créatinine est très élevé, comme chez les acromégaliques; parfois on constate un écart extraordinaire entre l'élimination de la créatinine et de l'urée.

Il existe chez les diabétiques une relation assez inattendue entre le coefficient d'épuration sanguine pour la créatinine et l'intensité de la glycosurie. Cette relation prend une signification intéressante si on l'interprète par la théorie de la filtration-réabsorption, et si l'on admet que la créatinine fournit une mesure de la filtration glomérulaire. En effet, chez un sujet diabétique, il n'est pas possible de prévoir quelle sera l'intensité de la glycosurie à un moment donné, si l'on ne connaît que la glycémie. Au contraire, si l'on fait intervenir le coefficient d'épuration sanguine pour la créatinine, et qu'à partir de cette donnée on calcule la quantité de glucose filtré par le glomérule, on voit que la filtration et la glycosurie varient dans le même sens et que l'excrétion du glucose s'accroît de plus en plus rapidement à mesure que le glucose filtré augmente. On peut expliquer ce fait en disant que plus la quantité de glucose filtré devient grande, moins la fonction de résorption est capable de retenir ce sucre, ce qui provoque l'augmentation de la glycosurie.

Un autre argument en faveur de la filtration-réabsorption du glucose est fourni par l'étude des diabétiques chez lesquels il existe en même temps une néphrite avec albuminurie notable. Si le glucose était sécrété, on devrait s'attendre à voir une telle lésion rénale rendre difficile l'excrétion du glucose. Or, c'est le contraire qu'on observe: ces patients se comportent comme les sujets atteints de diabète rénal; ils éliminent une quantité de glucose bien plus considérable que ne le font, dans les mêmes conditions, les diabétiques sans troubles rénaux.

L'étude clinique des diabétiques fournit donc des arguments importants en faveur de la théorie d'après laquelle le glucose est filtré au niveau du glomérule et réabsorbé par les tubuli.

L'application à la clinique des conceptions de Rehberg n'apporte pas un grand secours pour la différenciation des affections rénales ou pour la localisation des lésions anatomiques. Comme test de la capacité fonctionnelle du rein, la mesure de la filtration fournit des résultats moins significatifs que les méthodes d'Ambard et de Van Slyke.

La théorie de la filtration-réabsorption fournit une explication insuffisante des modalités de l'excrétion uréique dans les cas pathologiques. Par contre, elle donne des résultats fort intéressants dans l'étude du diabète sucré. Elle rend compte, mieux que toute autre conception, de l'allure de la glycosurie au cours du diabète et de ses variations d'intensité lorsque cette affection se complique de troubles rénaux.

L. Rivet.

J. Daniel (Bucarest). ***Le rôle du facteur hépato-biliaire dans la genèse de l'hypertension*** (*Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 4, Avril 1934). — Les cliniciens ont été frappés de l'apparition de l'hypertension artérielle à l'âge où se produisent d'ordinaire des troubles du métabolisme. Pour D., c'est le facteur hépato-biliaire qui est un des générateurs les plus importants dans les troubles du métabolisme et de l'hypertension artérielle. On connaît l'action hypotensive de la bile; D. l'a étudiée expérimentalement avec P. Gheorghiu. Dumas a bien étudié l'hypotension artérielle au cours des états cholémiques et des ictères infectieux. D. pense qu'il y a dans la bile certaines substances vaso-actives d'origine et de composition chimique inconnues. Il présente des arguments en faveur du rôle possible du foie dans les variations pathologiques de la pression artérielle. Il a essayé l'action de la bile dans l'hypertension artérielle pure, et montré que l'action hypotensive de la bile et des sels biliaires se produit même en introduisant ces substances par la veine porte, tandis que l'introduction par voie sous-cutanée ou intramusculaire reste sans effet: aussi préconise-t-il la voie buccale. Ceci l'amène à se demander si le foie est un organe de contrôle du tonus vasculaire. Le foie peut intervenir dans le mécanisme régulateur de la tension artérielle: par une action mécanique et par la sécrétion de certaines substances vaso-actives; par l'influence exercée sur les substances vaso-actives; par sa fonction chimique; par sa fonction biliaire et par son rôle éliminatoire. Aussi D. poursuit-il des recherches sur la différence entre l'action vasculaire et la composition physico-chimique de la bile, dans les différents états pathologiques, et spécialement dans les états d'hyper- et d'hypotension.

L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES
(Paris)

F.-F.-E. Voizard et **P.-M. Guilleman**. ***Le traitement des asphyxies accidentelles au régiment de sapeurs-pompiers*** (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, t. C, n° 4, Avril 1934). — Dans tout accident asphyxique, qu'il s'agisse de submersion, d'électrocution ou d'intoxication, tout se passe comme si le fait dominant résidait dans l'inhibition bulbaire. L'asphyxié blanc se rencontre rarement, presque toujours à la suite de submersion ou d'électrocution. En général, l'asphyxié est bleu et les causes les plus fréquentes sont l'intoxication par le gaz de carbone ou le gaz d'éclairage.

Il faut réveiller, au plus vite, l'automatisme médullaire par des *excitations périphériques* consistant en frictions sur tout le corps et réchauffement à l'aide de couvertures et de bouillottes ; par la *respiration artificielle* qui a pour but de suppléer aux mouvements respiratoires momentanément abolis et par inhalation de gaz carbonique stimulant du système nerveux respiratoire. La respiration artificielle se pratique à la main ou à l'aide d'appareils mécaniques comme celui mis au point par Cot, utilisé au régiment des sapeurs-pompiers de Paris.

Si la respiration artificielle suffit dans bien des cas à réveiller l'automatisme respiratoire, il faut souvent compléter son action par l'inhalation de gaz carbonique. Les inhalations d'oxygène présentant l'avantage de lutter contre l'anoxémie et de modifier l'équilibre acido-basique du milieu sanguin, on peut associer les deux sous forme de carbogène (CO^2 : 5 parties, O : 95 parties). Les inhalations de ce mélange gazeux se font au moyen de masques et peuvent être prolongées sans danger.

Dans l'asphyxie bleue, la saignée joue un rôle favorable en diminuant l'hypertension veineuse qui gêne la reprise de la circulation. Il faut, en outre, donner au myocarde l'impulsion qui lui est nécessaire pour reprendre son activité. Pour obtenir une action rapide il faut préférer la voie intraveineuse ; les solutions aqueuses de camphre ou l'huile camphrée, à la condition de pousser l'injection lentement, ont en général un effet favorable, quoique passager. La spartéine, la caféine, l'éther ont leurs indications.

Chez l'intoxiqué du type pâle, en état de syncope, le cœur est presque complètement vidé de son contenu sanguin, il faut ici aussi rétablir l'automatisme respiratoire, réoxygéner le sang et tonifier le myocarde. Ici, il faut s'abstenir de saignée et la transfusion est au contraire indiquée. Le syncopé doit être traité tête basse.

Si le traitement de l'asphyxié bleu donne au bout d'une heure une presque certitude de guérison ou de décès, celui de « l'inhibé » doit être continué patiemment de nombreuses heures jusqu'à l'apparition de signes certains de la mort.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
(Paris)

J. Kadrnka et **P. Bardet** (Genève). ***Les périduodénites d'origine appendiculaire. Diagnostic clinique et radiologique*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, t. XXIV, n° 4, Avril 1934). — Actuellement, selon K. et B., le rôle de l'appendicite chronique paraît de plus en plus considérable dans la pathogénie des périduodénites, des cholécystites et même de l'ulcère. Sur 200 cas d'appendicite chronique, ils en relèvent 45 (22,5 pour 100) compliqués de dyspepsie, dont 10 cas de périduodénite, soit 22 pour 100 des dyspepsies appendiculaires.

A l'appui de cette opinion, K. et B. apportent 5 observations personnelles étudiées cliniquement, radiologiquement et opératoirement. Chaque fois, on trouve de la périviscérite étendue, pas trace d'ulcère duodénal et on pratique l'ablation de l'appendice qui présente des lésions inflammatoires anciennes. Malheureusement, les résultats éloignés ne confirment pas, nous semble-t-il, les prémisses du raisonnement ; dans 4 cas, les résultats éloignés

TRAITEMENT DES MALADIES du TUBE DIGESTIF PAR LE POUDRAGE

BISMUTH — **B I S**

CALME instantanément les douleurs précoces et tardives des ulcères gastriques ou duodénaux.

GUÉRIT la constipation et spécialement celle des hyperchlorhydriques et des spasmodiques.

ABSORBE les gaz de fermentation.

KAOLIN COLLOÏDAL — **K A**

NEUTRALISE l'excès des acides minéraux et organiques.

PROTÈGE la muqueuse intestinale.

MAGNÉSIE — **M A**

RECONSTITUE l'intégrité des fonctions de la muqueuse gastro-intestinale

NORMALISE la flore intestinale.

MUCILAGES VÉGÉTAUX

RÉHYDRATE le bol fécal.

BIS·KA·MA

Poudre à l'état de division micellaire

PANSEMENT UNIVERSEL DU TUBE DIGESTIF

HYPERCHLORHYDRIE - ULCUS - CONSTIPATION

1 à 4 cuillerées à soupe ou à café par jour, suivant l'âge et le but thérapeutique poursuivi.

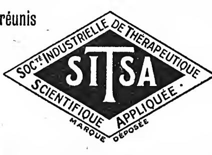
Laboratoires DURET & RÉMY et du Docteur Pierre ROLLAND réunis

18, Rue Pierre-Curie, 18 - PARIS-5e





PHARMACIEN



ne sont pas mentionnés; dans 1 cas, il y a réapparition des troubles digestifs plusieurs mois après l'opération.

La propagation de l'affection appendiculaire peut se faire de proche en proche, par foyers séparés, bipolaires et par voie lymphatique, et par la proximité des deux régions dans les positions anormales hautes de l'appendice.

Au point de vue clinique, c'est la *diversité* qui marque les signes d'appendicite et des périduodénites: signes d'ulcère ou de cholécystite, syndrome duodéno-vésiculaire imprécis, ou signes de douleurs constantes qui caractérisent le syndrome périviscéral. Par la radiologie, il convient de différencier les lésions ulcéreuses, les lésions vésiculaires et de mettre en évidence les lésions appendiculaires.

K. et B. signalent, parmi les lésions causées par l'appendicite, la compression de la 3e portion du duodénum. Nous nous permettons de leur rappeler que nous en avons rapporté une observation très concluante à la Société de Chirurgie.

Le traitement comporte, bien entendu, l'ablation de l'appendice; mais si les troubles persistent au niveau du carrefour, il faut prévoir une seconde intervention pour libérer le duodénum.

J. Okinczyc.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

V. Chlapobersky (Moscou). ***La lipogranulomatose (nécrose graisseuse, granulomes graisseux) et son importance en clinique chirurgicale*** (*Revue de Chirurgie*, LIIIe année, n° 4, Avril 1934). — Dans ce travail, qui comprend une revue générale sur la question des nécroses graisseuses, la part personnelle de Ch. se compose de 16 observations assez disparates comme étiologie: lipogranulomes des régions iliaques, de la glande mammaire, de la paroi thoracique, de la région épigastrique, de la fesse; lipogranulomes au niveau de cicatrices de brûlures, ayant subi des opérations plastiques, au niveau de cicatrices opératoires, au niveau d'une appendicite chronique; lipogranulomes consécutifs à des injections thérapeutiques.

Ch. distingue dans le processus du lipogranulome deux stades: un premier stade de nécrose graisseuse; puis, dans un second stade, la graisse libre, qui se forme à la suite de la mortification, se décompose sous l'influence de la lipase en acides gras et en savons; ces produits de décomposition de la graisse provoquent un processus inflammatoire réactionnel dans le tissu conjonctif environnant (granulome) qui amène la résorption de la graisse.

Pendant longtemps, on a accusé le pancréas de provoquer ces réactions succinctes; actuellement, il paraît bien établi que ce processus peut être entièrement indépendant du pancréas.

L'origine infectieuse n'a pas été démontrée; l'action de substances médicamenteuses injectées n'explique pas tous les cas; le traumatisme est plus vraisemblable et c'est peut-être par action traumatique qu'agissent certaines injections médicamenteuses. Ch., après Abricossow, semble attribuer une certaine importance aux granulomes périinflammatoires chroniques et à l'action du système nerveux.

Ces nodules ont en général une évolution lente, une tendance à subir des modifications de volume en plus ou en moins, et peuvent disparaître spontanément.

On peut expliquer par ces processus la lenteur ou l'irrégularité de la cicatrisation des plaies opératoires chez les obèses.

J. Okinczyc.

R. Leibovici et **F. Poilleux.** ***Des accidents urémiques compliquant les interventions abdominales. Diagnostic et traitement des vomissements consécutifs à la gastro-entérostomie*** (*Revue de Chirurgie*, An. LIII, n° 4, Avril 1934). — Il y a dans ce travail la matière de 2 articles: l'urémie compliquant les opérations abdominales en général; et toutes les causes pouvant provoquer des vomissements après la gastro-entérostomie, y compris l'urémie comme cause particulière.

En chirurgie gynécologique, L. et P. rapportent deux observations de vomissements urémiques; l'une terminée par une guérison immédiate après injection de sérum salé hypertonique, l'autre terminée par la mort, parce que la thérapeutique est peut-être intervenue trop tard.

En chirurgie gastrique, ces accidents seraient, d'après L. et P., particulièrement fréquents. Ils en apportent deux observations de gastro-entérostomie, terminée l'une par guérison après injection de sérum salé hypertonique, et l'autre terminée par la mort faute d'un traitement convenable.

A propos de ces deux observations, L. et P. reprennent l'étude des vomissements après gastro-entérostomie auxquels ils reconnaissent une triple origine: l'obstacle mécanique à l'évacuation gastrique ou duodénale, par faute de technique, ou œdème temporaire de la bouche; obstacle de nature inflammatoire par péritonite plastique circonscrite sur laquelle ont insisté P. Duval, Delore, Creyssel et de Rougemont; hyperazotémie post-opératoire, qui doit inciter à pratiquer régulièrement le dosage de l'urée sanguine après l'opération et à rechlorurer au besoin les malades.

Le traitement de ces vomissements après gastro-entérostomie variera avec la cause; la réintervention n'est indiquée que dans la première catégorie de faits; dans la seconde catégorie, l'intervention itérative est délicate et difficile; dans la troisième catégorie de faits, le sérum salé hypertonique en injections intraveineuses sera un remède merveilleusement efficace.

J. Okinczyc.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

Isaac Berconsky (Buenos-Aires). ***La cyanose par court-circuit veino-artériel*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, t. V, n° 4, Avril 1934). — C. étudie la physio-pathogénie de la cyanose chez 2 malades porteurs de malformations congénitales du cœur.

Le premier malade présentait une cyanose mixte (artérielle et périphérique), c'est-à-dire qu'elle avait pour cause, d'une part, un court-circuit veino-artériel, d'autre part, une augmentation du degré de réduction de l'oxyhémoglobine des vaisseaux capillaires.

Chez le second malade, la cyanose était exclusivement artérielle, et provoquée par un court-circuit veino-artériel au niveau de l'organe central de la circulation. Le volume de sang veineux, qui faisait court-circuit, fut calculé d'une façon approximative suivant deux formules: dans l'observation I, il était de 29 pour 100 par la 1re formule et de 50 pour 100 par la 2e formule; dans l'observation II, on trouva 31 pour 100 par la 1re formule et 29 pour 100 par la 2e formule.

Le mécanisme de la cyanose des malades ayant des anomalies congénitales du cœur ne pourra être connu avec exactitude qu'en réalisant dans chaque cas une étude complète des gaz du sang artériel, du sang veineux et de l'air alvéolaire.

Aussi le calcul d'un court-circuit veino-artériel ne peut être fait avec certitude qu'en déterminant la composition gazeuse du sang veineux du cœur droit par le moyen du sondage de l'oreillette homolatérale.

L. Rivet.

LYON MÉDICAL

L. Bouchut, R. Froment et **H. Bonnet.** ***L'hypertrophie et l'insuffisance cardiaques au cours des anémies pernicieuses. Gros cœurs par anoxémie*** (*Lyon Médical*, t. CLIII, n° 15, 15 Avril 1934). — Il existe dans les anémies, du fait de la chronicité du trouble, une réaction de compensation remédiant dans une mesure importante au déficit de l'hémoglobine et de l'oxygénation du sang. Toute une série de recherches physiologiques, soit dans les anémies expérimentales, soit chez l'homme dans les anémies graves, montre l'existence d'une augmentation de la vitesse de la circulation. Le débit cardiaque est d'autant plus élevé que le taux d'hémoglobine du sang artériel est plus abaissé. Il peut s'accroître de 300 pour 100 lorsque l'hémoglobine atteint 20 pour 100. L'augmentation du débit cardiaque est due essentiellement à l'augmentation du débit systolique du cœur et très accessoirement à l'accélération du rythme. L'hypertrophie cardiaque est d'autant plus fréquente dans les anémies que le taux d'hémoglobine sanguin est plus bas.

Dans les anémies le cœur est hypertrophié pour corriger un trouble fonctionnel respiratoire, pour maintenir subnormale l'hématose perturbée dans son étape sanguine. Le phénomène n'est pas spécial aux anémies pernicieuses vraies, il peut s'observer dans toutes les anémies symptomatiques, à la condition qu'elles soient assez intenses et prolongées pour entraîner une augmentation notable et quelque peu durable du débit cardiaque. Il est très possible que la notion de gros cœurs par anoxémie déborde même le champ des anémies et puisse, par exemple, s'appliquer à l'explication de certains gros cœurs d'origine pulmonaire.

Robert Clément.

E. Larrivé et **A. Mestrallet.** ***La pyrétothérapie dans le traitement des maladies mentales, paralysie générale exceptée*** (*Lyon Médical*, t. CLIII, n° 16, 22 Avril 1934). — Depuis 3 ans, L. et M. ont eu recours à la pyrétothérapie pour traiter 104 malades atteints d'affections mentales les plus diverses à des périodes différentes de leur évolution.

Ils ont estimé qu'une psychose a été améliorée ou guérie lorsque l'amélioration ou la guérison sont apparues au cours du traitement ou dans les semaines consécutives. Sont considérés comme guéris, les malades chez qui ne subsistent aucune trace de troubles psychiques, qui ont pu revenir dans leur famille et y reprendre leurs occupations. Sont déclarés améliorés les patients chez qui le traitement a réveillé des automatismes leur permettant de se livrer partiellement à leurs occupations antérieures.

Parmi les psychoses aiguës, sur 8 cas de confusion mentale traités, 6 furent guéris, 2 améliorés. 9 cas de manies aiguës ont donné 3 guérisons et 3 améliorations. Des 8 malades atteints de mélancolies aiguës, 4 ont été guéris; les autres n'ont subi aucune amélioration.

Dans les psychoses chroniques, une guérison sur 2 cas de mélancolie chronique, échec complet dans 3 observations de psychose hallucinatoire chronique. Sur 31 déments précoces au début, 5 guéris, 7 améliorés, 19 sans changement. 2 guéris et 2 améliorés sur 27 sujets atteints de démence précoce fixée. 11 guérisons et 3 améliorations dans 16 cas de confusion mentale suspecte.

Les agents pyrétogènes ont été le vaccin antichancrelleux de Nicolle, l'huile soufrée et la malaria.

Bien que ces résultats soient loin d'être constants et le mécanisme encore inconnu, la pyréto-

thérapie constitue en médecine mentale une méthode intéressante appelée à rendre d'appréciables services.

ROBERT CLÉMENT.

STRASBOURG MÉDICAL

Ch. J. Finck et **Fern. Remy.** ***Uricopexie et cholestéropexie*** (*Strasbourg médical*, An. XCIV, n° 8, 15 Mars 1934). — F. et R. désignent sous ces deux termes la précipitation de l'acide urique et de la cholestérine. Cette précipitation se fait soit dans les tissus : cholestéropexie et uricopexie tissulaires, soit sous forme de calculs : lithopexies.

La précipitation tissulaire de l'acide urique caractérise la goutte, sa précipitation lithique détermine la lithiase urique. Parallèlement, la précipitation tissulaire de la cholestérine donne le xanthome, l'arc cornéen, l'infiltration de la lèvre supérieure et surtout l'athérome, l'artérite ; sa précipitation lithique, la lithiase biliaire.

L'uricémie plasmatique est dans la goutte habituellement supérieure à la normale. Toutefois, il n'est pas rare de trouver des goutteux indemnes de lésions rénales avec une uricémie plasmatique normale. Par contre, l'uricémie globulaire est toujours supérieure à la normale, elle traduit beaucoup plus que la plasmatique l'imprégnation urique de l'organisme. Ce qui est important dans les maladies précipitantes, c'est l'étude du rapport existant entre la charge globulaire et la charge plasmatique en acide urique et en cholestérine.

$$\text{Le rapport } \frac{\text{A. ur. gl.}}{\text{A. ur. pl.}} \text{ est de } \frac{(0{,}12)}{(0{,}05)};$$

il s'élève quand la charge urique prédomine dans les globules et diminue dans le cas inverse. Dans l'intervalle des accès de goutte, la charge urique est essentiellement globulaire ; elle repasse dans le plasma quand les tissus « lâchent » de l'acide urique. La répartition de la charge urique du sang entre plasma et globules est fonction de l'équilibre acide base. Tout glissement vers l'alcalose fait passer l'acide urique des tissus dans le plasma, ce qui explique les accès de goutte consécutifs à l'usage immodéré d'alcalins ou au choc anaphylactique (qui s'accompagne d'alcalose) provoqué par l'ingestion de certains aliments, l'humidité, le froid, les émotions. Par contre, tout glissement vers l'acidose soit sous l'influence de l'ingestion d'acides, soit sous celle de l'usage de substances sympathicotropes détermine une fixation de l'acide urique sur les globules, donc sur les tissus. L'acidose des goutteux semble due à un trouble du métabolisme des albumines en général, déterminant une hyperaminoacidémie.

La rétention phosphorée, qui accompagne les néphrites acidosiques, contribue également à la rétention et à la fixation de l'acide urique ; c'est pourquoi les goutteux à phosphorémie élevée n'ont plus d'accès.

La lithiase urique n'a pas les mêmes causes que l'uricopexie tissulaire ; elle est due nettement à une hyperacidité urinaire par excès d'ions phosphoriques dans l'urine.

La cholestérine se répartit également entre plasma et globules.

$$\text{Le rapport } \frac{\text{Chol. gl.}}{\text{Chol. pl.}} \text{ est égal à } 1 \; \frac{(1{,}60)}{(1{,}60)}.$$

La cholestérinémie est fréquemment voisine de la normale dans des affections qui sont pourtant caractérisées par des dépôts de cholestérine dans les tissus (athérome, artérite) ; par contre, la cholestérinémie globulaire est dans ces maladies relativement élevée. L'intensité des phénomènes cliniques est en rapport avec son taux.

La précipitation tissulaire de la cholestérine est fonction de l'équilibre acide base du sang. Les cholestéropexiques tissulaires sont des acidosiques ; le passage de ces malades en alcalose détermine la résorption des dépôts cholestériques et s'accompagne de phénomènes inflammatoires qu'on peut suivre parfaitement dans les poussées de conjonctivite que présentent les malades atteints d'arc cornéen. L'acidose des cholestéropexiques semble tenir à un excès d'acides gras dans le sang.

Dans la cholestéropexie lithique (lithiase biliaire), la cholestérinémie est à prédominance plasmatique. Les causes de la précipitation calculeuse n'ont pu être fixées.

En étudiant simultanément sur les mêmes sujets les variations de la répartition de l'acide urique et de la cholestérine dans le sang, F. et R. ont vu que ces variations ne se font pas toujours dans le même sens et parfois même en sens inverse. Ils en concluent que, bien que certains malades soient à la fois uricopexiques et cholestéropexiques, la précipitation tissulaire de ces corps ne se fait pas sous les mêmes influences.

P.-E. MORHARDT.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Friedrich Ellinger. ***La signification des capillaires cutanés pour la sensibilité à la lumière*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 12, 24 Mars 1934). — Il est admis que les capillaires cutanés ont une signification quant aux effets des irradiations. Pour préciser cette signification, E. a procédé à la numération des capillaires par millimètre carré de la face interne de l'avant-bras. D'autre part, l'irradiation a été pratiquée avec une lampe de quartz sur une région symétrique de l'autre bras pour éviter les effets que pourrait avoir l'essence de cèdre utilisée pour procéder à la numération. Cette irradiation est faite avec un dispositif qui permet d'éclairer 14 champs pendant des temps qui varient de 15 secondes à 3 1/2 minutes. On arrive ainsi à déterminer, en secondes, le seuil de la sensibilité. Cette méthode a d'ailleurs permis de constater que les blonds sont 40 à 170 pour 100 plus sensibles que les bruns, que les femmes sont 20 pour 100 plus sensibles que les hommes et que les enfants sont nettement moins sensibles que les adultes.

Le résultat de 88 numérations de capillaires portant sur des personnes âgées de 19 à 50 ans a montré que normalement, il existe 35,2 capillaires ouverts par millimètre carré et qu'il n'y a pas de différence à ce point de vue entre les blonds et les bruns. Par contre, entre hommes et femmes, on trouve une petite différence. Chez les femmes enceintes, la sensibilité est nettement augmentée et s'accompagne d'une augmentation du nombre des capillaires (48,8 contre 34,2 chez les femmes non enceintes). Chez les « stigmatisés végétatifs » on constate également une augmentation des capillaires en même temps qu'une augmentation de la sensibilité. Ainsi, l'augmentation de la sensibilité à la lumière est souvent liée à une augmentation de la capillarisation de la peau.

D'un autre côté, la sensibilité de la peau à l'égard des rayons ultraviolets est parallèle à celle qui s'observe à l'égard des rayons Roentgen. Il semble donc y avoir intérêt, pour éviter des surprises désagréables, à procéder, comme l'ont proposé David et Gabriel, à un examen des capillaires avant toute irradiation. Or selon E., la numération des capillaires par unité de surface est un procédé qui est très objectif et qui supprime la plupart des difficultés.

Cependant, en dehors du nombre, la perméabilité des capillaires et d'autres facteurs interviennent également. Pour apprécier ces facteurs ainsi que ceux qui peuvent encore intervenir, il est nécessaire de déterminer le seuil de l'érythème pour les rayons ultra-violets. On arrive ainsi à considérer que quand ce seuil est inférieur à 50 secondes, il s'agit de personnes très sensibles.

P.-E. MORHARDT.

E. Rehn et **K. Horsch.** ***Détermination du poids spécifique chez l'homme*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 13, 31 Mars 1934). On a déjà essayé à plusieurs reprises de déterminer le poids spécifique de l'homme. Mais les méthodes utilisées se sont toujours montrées compliquées et peu exactes. R. et H. ont repris cette étude au moyen d'un appareil, le volumenomètre, fixé à une tige métallique qui repose, par ses deux extrémités, sur les bords d'une baignoire. Cet appareil permet d'apprécier les variations de volume de l'eau de la baignoire à 25 cmc près. On utilise une baignoire de 800 litres. Le malade, après évacuation de l'intestin et de la vessie, est pesé à 200 milligr. près puis introduit dans la baignoire. On lui met un masque de manière à ce qu'il puisse disparaître complètement sous l'eau tout en continuant de respirer. Cependant, au moment où on procède à la mesure, on lui demande de ne plus respirer. Chez les malades très atteints, on est obligé de laisser la tête hors de l'eau et d'en calculer le volume d'après les formules usuelles.

Chez un sujet jeune et musclé, le chiffre trouvé a atteint 1064. Chez une femme de 40 ans, atteinte de thyrotoxicose avec élévation du métabolisme de base, on a trouvé 1094, 7. Un cas d'obésité endogène a donné 953,8. Enfin, chez un sujet de 42 ans présentant une éventration douloureuse, il a été constaté que l'intervention avait rapidement fait passer la densité de 1079 à 1049. Cette méthode semble, d'après R. et H., avoir beaucoup d'intérêt, notamment pour apprécier les effets d'une intervention chirurgicale.

P.-E. MORHARDT.

S. Dietrich et **H. Schwiegk.** ***La signification de la régulation de la pression veineuse dans la pathologie de la circulation*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 14, 7 Avril 1934). — Le rôle des veines dans le retour du sang vers le cœur et, par conséquent, dans les fonctions, n'a pas encore été apprécié à sa valeur. Il a fallu pour y arriver montrer que ce retour du sang est une fonction des centres vasomoteurs qui arrivent à maintenir l'équilibre circulatoire malgré une injection intraveineuse de liquide ou malgré la saignée. Par ailleurs, il a été également montré que la section du splanchnique, qui modifie le degré de réplétion du système nerveux, empêche ce centre de rétablir l'équilibre. Pour préciser les points ainsi acquis, D. et S. ont étudié, chez divers sujets d'expérience, le comportement de la pression veineuse après injection, en une demi à une minute, de 300 cmc d'une solution salée physiologique ou après une saignée de 200 à 500 cmc. Chez les sujets sains, ces expériences ne provoquent qu'une modification très légère et très passagère de la pression veineuse. Il n'en est pas de même en cas d'affection circulatoire. Alors, le sérum salé augmente la pression veineuse, par exemple, dans un cas de péricardite adhésive où la pression veineuse était habituellement élevée, de 8 cm. de H^2O, élévation qui persiste pendant 6 minutes. Mais lorsque la pression veineuse est habituellement normale ou faible, l'injection détermine, chez ces malades, une élévation, assez fréquemment de 4 cm. La saignée a des effets inverses mais encore plus persistants. Ces modes de réaction se modifient sous l'influence du traitement. On ne saurait donc admettre qu'ils sont conséquence d'une altération anatomique du système veineux.

Par ailleurs, en faisant relever les jambes des cardiaques décompensés et couchés, on élève très fortement la pression veineuse, parfois d'une façon persistante, en tout cas tant que les jambes restent élvées et parfois même plus longtemps encore.

En comprimant le sinus carotidien, on modifie le diamètre des veines de même que l'état de réplétion des dépôts sanguins. Chez les sujets sains, on ne constate qu'une modification faible et passagère de la pression veineuse qui, par contre, est fortement abaissée par cette manœuvre en cas de décompensation. Cet abaissement peut même persister plus longtemps que la compression qui, dans ces conditions, aurait une action assez analogue à celle de la saignée.

D'autre part, il a été observé, en faisant élever les jambes du cardiaque, l'apparition d'une dyspnée qui doit être attribuée à une réduction du champ d'hématose dans les poumons, coïncidant d'ailleurs avec une réduction de la capacité vitale et avec une augmentation du débit du cœur par minute. Elle peut également se faire quand le sang éprouve quelque résistance à revenir de la tête.

D'une façon générale, il a été constaté que ce trouble dans la régulation de la pression veineuse est souvent d'autant plus accentué que la décompensation est plus sévère. Il apparaît donc vraisemblable que des altérations de la fonction circulatoire puissent être conséquence, avant tout, du fait que les processus de régulation sont troublés.

P.-E. Morhardt.

A. Böger et **K. Voit.** ***L'étude des néoformations bénignes du poumon*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 14, 7 Avril 1934). — Les tumeurs bénignes des bronches ou des poumons sont rares et par conséquent peu étudiées. On rencontre des fibromes, des lipomes, des adénomes, des chondromes, des ostéomes, des formations kystiques, etc. Les kystes dermoïdes se signalent par une tendance à la formation d'abcès et par le fait qu'il est souvent expectoré des poils. Il en a été observé un cas par B. et V. concernant un homme de 56 ans qui présente aux rayons Roentgen une ombre allant de la 2e côte à la base du poumon et formant un niveau de liquide. L'expectoration de poils fait faire le diagnostic de kyste dermoïde. On constate, d'ailleurs, le phénomène de Escudero-Nemenow qui s'observe également en cas de kyste échinococcique : modification de la tumeur qui, de ronde, devient ovale pendant l'expiration.

Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 36 ans chez lequel on constate, aux rayons Roentgen, dans le champ pulmonaire gauche, une tumeur circulaire bien limitée, sans réaction tissulaire de voisinage. En procédant à plusieurs examens en 4 ans, il a pu être constaté que les apparences de cette formation ne se modifiaient en rien. Il en a été de même dans un autre cas suivi, lui aussi, pendant quatre ans.

Chez une femme de 49 ans, présentant d'ailleurs des troubles gastriques et ayant été opérée pour cette raison, il a été constaté au sommet droit une ombre convexe par en bas, pour laquelle il avait été proposé une intervention. La bronchographie montre que l'iode ne pénètre pas dans cette formation, mais que, au contraire, les bronches l'entourent de toutes parts. Plusieurs irradiations aux rayons Roentgen n'ont pas modifié la tumeur.

L'étude de ces 4 cas amène B. et V. à considérer que parmi les signes de bénignité de la tumeur, on doit prendre en considération d'abord l'évolution chronique, l'absence de signes cliniques et notamment de toux sèche faisant songer à une affection pulmonaire, l'absence d'amaigrissement et d'accélération de la sédimentation des globules rouges. En outre, le fait que la tumeur présente des contours lisses sans aucune apparence de cordons et sans sténose des bronches représente également un signe important. Enfin, il n'a pas été constaté, dans ces cas bénins, de modifications de la situation du diaphragme ni d'exsudats pleuraux.

P.-E. Morhardt.

Hilding Bergstrand. ***Quelques formes d'intersexualité chez l'homme en tenant compte des nouvelles théories sur la détermination du sexe*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 16, 21 Avril 1934). — Après avoir rappelé les points essentiels de la théorie de Goldschmidt d'après laquelle une femelle normale et un mâle normal représentent un mélange en proportions définies de propriétés féminines et masculines, B. expose que bien des hermaphrodites ou des pseudo-hermaphrodites observés dans l'espèce humaine doivent être considérés comme des êtres intersexuels et non comme des hermaphrodites. Il en serait ainsi, par exemple, quand, chez une femme à habitus externe féminin, on trouve des testicules qui doivent être considérés comme provenant d'ovaires ayant dévié à un moment très précoce de l'évolution.

Quant au virilisme ou à l'hirsutisme, il se présente sous 2 formes. L'une, l'hirsutisme des jeunes filles, est caractérisé par une association de maturité sexuelle précoce et de caractères sexuels secondaires mâles. On trouve alors souvent des tumeurs malignes des surrénales.

Dans l'autre, l'hirsutisme des femmes adultes, il y a lieu de penser que la tumeur fabrique une hormone virilisante, c'est-à-dire qu'il s'agit de tissu proprement testiculaire. En réalité, dans 2 cas observés par B. la tumeur était constituée par du tissu incontestablement ovarien avec formation de corps jaunes athrétiques. Il a ainsi observé au total 6 cas de ce genre. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une tumeur maligne qui provoqua des métastases et au milieu desquelles on trouva un œuf magnifique.

Par ailleurs, certaines tumeurs ovariennes ont été considérées comme des hypernéphromes ou encore comme des lutéinomes. Dans 2 cas d'hypernéphromes ayant entraîné de l'hirsutisme, B. a constaté qu'il s'agissait de tissu à grosses cellules dont la nature est difficile à déterminer. On ne saurait dire s'il s'agit d'adénome des surrénales ou de tissu sexuel embryonnaire. Il en est de même pour le cas d'hypernéphrome observé par B. chez une jeune fille et accompagné d'hirsutisme.

Dans une 3e sorte de tumeur à action virilisante, les adénomes acidophiles de l'hypophyse, on observe, comme l'auteur a eu l'occasion de le faire, l'association d'acromégalie et d'hirsutisme. En pareil cas, les fonctions ovariennes sont supprimées. Enfin, l'hirsutisme des adénomes hypophysaires basophiles avec conservation de la fonction ovarienne s'accompagne d'une hypertrophie des surrénales que B. a bien vue. Il semble donc que l'hirsutisme puisse être déterminé par l'hypersécrétion de diverses hormones de même que des modifications du rut peuvent être déterminées par le prolan ou par la folliculine. Mais nous ne savons pas jusqu'ici à quelle hormone l'hirsutisme doit être attribué.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

A. Jores (Rostock). ***Variations humorales dans les 24 heures d'une vie normale*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 14, 6 Avril 1934). — On connaît déjà le rythme du pouls et de la température chez un individu normal dans les 24 heures. J. a étudié sur 10 personnes d'autres éléments susceptibles de varier régulièrement :

Le sucre: maximum vers 2 à 4 heures, minimum vers 16 à 18 heures; *les chlorures:* max. à 8 heures, min. de 24 heures à 4 heures; *les globules rouges:* max. 16 à 18 heures, min. 2 à 4 heures; *les leucocytes:* max. 16 à 19 heures, min. le matin; *le CO expiré:* max. 24 à 2 heures, min. 5 à 8 heures; *la sécrétion biliaire:* max. le jour, min. la nuit; *la tension artérielle:* minima dans la journée.

J. pense que ces phénomènes sont dus à une influence cosmique qui agirait dans l'organisme sur certains territoires sensibilisés (para-sympathique).

Guy Hausser.

H. Schur (Vienne). ***Agranulocytose mortelle après injection de vaccin antityphique*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 15, 13 Avril 1934). — S. a observé une agranulocytose mortelle après injection de vaccin anti-typhique atteignant au maximum 50 unités M. K.

Dans la littérature, on observe 5 réactions sanguines après vaccination anti-typhique:

a) Thrombopénie et diathèse hémorragique,
b) Lymphocytose et myélocytose,
c) Leucémie chronique,
d) Myélocytose chronique,
e) Agranulocytose.

Enfin, il a pu trouver 2 cas exceptionnels avec neutropénie et lymphocytose.

D'après S. ces 5 éventualités ont un lien physiologique puisqu'elles sont toutes dues aux injections de vaccin anti-typhique. On y songera pour la pathogénie des leucémies.

S. conclut en demandant qu'avant chaque injection de toxines bactériologiques, il soit procédé à un examen préalable du sang.

Guy Hausser.

Neugebauer (Prague). ***Oblitération des artères coronaires comme cause de mort subite*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, nos 15 et 16, 13 et 20 Avril 1934). — L'oblitération des artères coronaires est due le plus souvent à l'artério-sclérose. On observe soit l'athérome (sujets âgés de 40 à 50 ans), soit la sclérose pure (vieillards). L'oblitération peut se produire soit par hyperplasie de l'endartère, soit par thrombose.

En général, la branche gauche de l'artère coronaire est atteinte. On observe rarement un athérome aortique primitif se localisant à la naissance de la coronaire droite.

Le plus souvent, c'est une artériosclérose qui amène la sténose partielle ou totale. Dans certains cas de mort subite où l'on a pu constater les signes ci-dessus, on a observé une anémie du myocarde et parfois même une dilatation aiguë.

Si l'oblitération des coronaires n'est pas subite, on peut observer des anévrysmes intra-cardiaques, puis une dégénérescence des tissus cardiaques, le tout se terminant par la rupture d'un anévrysme avec inondation ventriculaire entraînant la mort.

Les morts subites où l'on trouve des indurations du myocarde ou des anévrysmes chroniques de la paroi du cœur, qui pendant la vie ne se sont pas manifestée cliniquement, sont plus difficiles à interpréter.

A l'autopsie, on recherchera la dégénérescence du myocarde. Dans ces cas, la mort subite, selon N., peut être due à des causes diverses (coliques hépatiques, trachéites, circonstances atmosphériques, etc.).

Guy Hausser.

Bruell (Prague). ***Collections purulentes pleurales et pulmonaires traitées par des injections d'alcool*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 16, 20 Avril 1934). — B. fait des injections locales d'alcool à 15 pour 100. Elles sont supportées sans douleurs trop vives par le patient. Il a injecté progressivement de 25 à 50 cmc. L'effet est rapide: fétidité des crachats disparue, chute de la température et diminution de l'expectoration, avec amélioration de l'état général 5 à 6 heures après l'injection.

Cependant, on voit parfois réapparaître les symptômes morbides au bout de quelque temps, si on cesse les injections.

Sur 15 cas traités ainsi, 12 ont guéri.

Guy Hausser.

DER CHIRURG
(Berlin)

Löhr (Magdebourg). ***Le traitement des brûlures graves et étendues des 1er, 2e et 3e degrés par l'huile de foie de morue*** (*Der Chirurg*, an VI, t. VII, 1er Avril 1934). — L'article de L. est le complément d'un travail paru dans le même journal l'an passé, dans lequel sa technique se trouve décrite. Le principe consiste à utiliser dans le traitement des grandes brûlures une pommade à l'huile de foie de morue, qui est appliquée sous pansement dans les brûlures du 1er degré, et sous appareil plâtré dans les brûlures des 2e et 3e degrés. Ainsi est réalisée une chambre humide et chaude à la manière de Bier, une immobilisation rigoureuse et un pansement rare. En ce réside la méthode. Les résultats sont-ils à mettre sur le compte de l'huile de foie de morue, dont les vertus créent ainsi un débouché nouveau aux pêcheurs de Terre-Neuve. C'est ce que prétend l'auteur, et de fait les résultats qu'il publie dans son article paraissent surprenants, surtout dans les brûlures graves de la face, de la région anale et des extrémités. Les cicatrices sont d'excellente qualité, sans rétraction ni chéloïdes, et l'utilisation de greffes devient une rareté.

Je conseille donc à ceux que la méthode est susceptible d'intéresser, de parcourir l'article de L. et de regarder les photographies qui y sont reproduites, ainsi que dans son précédent article du *Chirurg*, 1er Janvier 1934.

J.-Ch. Bloch.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

Ludwig Strauss et **Ernst Brauer**. ***La question de l'interrénalisme en considérant plus particulièrement les troubles pluriglandulaires*** (*Endokrinologie*, t. XIV, n° 1, Avril 1934). — La virilisation de la femme peut être due à des altérations de l'ovaire ou des surrénales. Dans le premier cas, il s'agit des « arrhénoblastomes » de R. Meyer. Dans le second cas, il y a hyperplasie de l'écorce et tumeur du système interrénal.

S. et B. donnent l'observation d'une femme de 33 ans, mariée depuis 7 ans, sans enfant, réglée régulièrement, pression 130-90, et qui présente les signes typiques d'interrénalisme: pilosité généralisée de type masculin avec barbe; chute des cheveux, acné, modification de la voix qui a une note masculine et fermeture des cuisses. Au point de vue endocrinien, on constate de l'obésité, de l'exophtalmos, un diabète insulaire de gravité moyenne (346 milligr. de glucose pour 100 gr.), de la glycosurie (40 gr.), de l'acétone et de l'acide diacétique. A la palpation, on ne constate pas l'existence d'une tumeur ovarienne. Il s'agit vraisemblablement d'interrénalisme à cause des vergetures qui n'ont pas encore été observées en cas d'arrhénoblastome tandis qu'elles sont bien connues dans l'interrénalisme de même que l'acné. Les troubles pluri-glandulaires qui sont constatés sont également en faveur de ce diagnostic.

Effectivement, on observe d'abord des troubles de l'hypophyse, une augmentation de l'hormone de maturation des follicules qui expliquerait que chez cette femme les ovaires continuent à fonctionner. Les troubles de la thyroïde sont rendus évidents par l'exophtalmos (pas d'autres signes oculaires) et par un tremblement moyen. Enfin, il y a une altération de l'appareil insulaire démontrée par la présence de diabète.

Dans les observations d'interrénalisme publiées, on trouve souvent l'association d'hypertension et de glycosurie. Mais c'est ce dernier symptôme qui est le plus fréquent, bien qu'on n'ait pas toujours suffisamment étudié le trouble du métabolisme hydrocarboné. Cependant, dans 3 cas, il paraît avoir été nettement constaté. Mais, par ailleurs, il est possible que l'adrénaline intervienne dans ces hyperglycémies, car il y a des corrélations étroites entre le pancréas et les surrénales. Ainsi, l'hyperglycémie du cas de S. et B. doit être attribuée au moins en partie à une hyperfonction de l'écorce des surrénales.

P.-E. Morhardt.

H. Curschmann et **J. Schipke**. ***Acromégalie familiale et constitution acromégaloïde*** (*Endokrinologie*, t. XIV, n° 2, Mai 1934). — Dans l'acromégaloïdisme comme dans l'acromégalie, C. et S. distinguent un type longiligne et un type bréviligne tous deux caractérisés par une mâchoire inférieure très développée, des arcades sourcilières très proéminentes, des sinus vastes, un gros nez, etc.

Il est donné l'observation d'un homme de 25 ans dont la grand'mère paternelle présentait un menton développé. Le grand-père mesurait 2 m. 05 et, sur 4 enfants issus de ce mariage, 2 sœurs ont un menton proéminent et une taille élevée; 1 frère de 1 m. 85, des mains et des pieds remarquablement grands. Il en est de même pour le quatrième enfant qui est le père du malade. Deux frères du malade ont d'ailleurs aussi le menton proéminent et une taille élevée. Une sœur présente les mêmes caractères et, en outre, est atteinte d'une maladie de Basedow comme la mère.

Quant au malade lui-même, il mesure 1 m. 97 et il a du diabète avec polyurie qui a dû être traité par l'insuline. Il est entré à la clinique dans un état précomateux. La radiographie de la tête montre une augmentation considérable du volume du maxillaire inférieur, mais pas d'altération de la selle turcique. Le sucre du sang s'élève, au moment de l'entrée, à 650 milligr. pour 100 gr. C. et S. tendent à admettre qu'il ne s'agit ni d'une constitution irritable créant une disposition particulière à l'hyperpituitarisme, ni d'une anomalie générale de la fonction de croissance, mais bien d'une altération préhypophysaire. Bien souvent, l'acromégalie apparaît après une infection. Mais dans l'anamnèse du malade de cette observation, on ne trouve rien qui puisse être accusé d'avoir déclenché le trouble hypophysaire.

Par ailleurs, le diabète de ce malade présente cette particularité que la glycosurie n'apparaît pas pour une glycémie de 220 à 240 milligr. L'administration simultanée d'hydrates de carbone et d'insuline provoque des réactions extrêmes telles qu'il ne s'en observe pas en cas de diabète vrai. De même, l'épreuve de l'adrénaline ne détermine qu'une hyperglycémie très faible, ce qui est caractéristique du diabète acromégalique. On sait, d'autre part, qu'il a bien été démontré expérimentalement par Houssay et cliniquement par H. Lucke, que la préhypophyse favorise le diabète. Il y a donc lieu d'admettre l'existence d'une hormone préhypophysaire intervenant dans le métabolisme des hydrates de carbone par une action qui se localise sur les centres nerveux.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN
(Leipzig et Dresde)

O. Bokelmann. ***L'anatomie de la selle turcique et son intérêt clinique en vue de la détermination du volume de l'hypophyse; contribution à l'étude des rapports du volume de l'hypophyse, des dimensions et de la forme de la selle turcique et le syndrome hypogénital au double point de vue anatomique et fonctionnel*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIX, n° 6, Avril 1934). — Des recherches systématiques ont conduit B. à admettre que, chez nombre de femmes souffrant de troubles fonctionnels des organes génitaux, l'examen radiologique permettait de constater les petites dimensions anormales de la selle turcique coïncidant avec des anomalies de forme et de développement. En vue d'étudier les rapports de l'hypophyse et des glandes génitales il s'agissait d'envisager les deux questions suivantes : 1° Existe-t-il un rapport direct entre les dimensions de la selle turcique et celles de l'hypophyse; 2° Est-il possible de tirer des conclusions utiles des constatations radiologiques?

L'on ne saurait répondre avec précision à la première de ces questions, au moins dans les conditions physiologiques, et les recherches entreprises par Berblinger dans ce sens ne sauraient être utilisées en clinique et en radiologie; et de même il importe de poursuivre les recherches avant de pouvoir répondre à la deuxième question.

Quoi qu'il en soit, il faut continuer les recherches en vue de chercher à se rendre compte de l'influence des petites hypophyses : il n'y a pas de raison, *a priori*, pour que le diagnostic des troubles d'origine hypophysaire se borne à celui des tumeurs.

B. a divisé ses recherches en deux groupes : 1° mensurations anatomiques sur pièces; 2° étude radiologique de la selle turcique.

De nombreux examens de pièces, des tableaux et des courbes illustrent le travail de B. et l'ont conduit à exposer les conclusions suivantes :

1° Il n'existe aucun rapport direct entre les dimensions de la selle turcique (capacité) et celles de l'hypophyse (poids et volume); c'est ainsi que si à de petites selles correspondent de petites hypophyses, il n'est cependant pas rare de rencontrer dans ces cas des glandes de grandes dimensions; aussi les constatations stéréoradiographiques n'ont elles, au moins du point de vue physiologique, qu'une importance aléatoire en ce qui concerne le volume de la glande.

2° Il existe certains rapports directs entre les dimensions de la glande et celles du profil du plancher de la selle, susceptibles de donner quelques renseignements en clinique, notamment, aux points de vue suivants : *a*) petites, elles répondent, chez la femme, à de petites glandes; chez l'homme, à des glandes petites ou moyennes ; *b*) à de petits profils sellaires correspondent dans 60 pour 100 des cas de petites glandes, parfois des moyennes, jamais des volumineuses; c) à de grands profils correspondent des glandes volumineuses, parfois moyennes, jamais petites; *d*) à des profils moyens peuvent correspondre toutes les dimensions d'hypophyses.

3° A un âge déjà avancé (à partir de 56 ans environ), on ne saurait tirer aucune conclusion ferme des dimensions du profil sellaire en vue d'apprécier le volume de la glande.

4° Les dimensions des parties latérales de la selle vue de profil ne sauraient servir à apprécier le volume de l'hypophyse.

5° Il n'est permis de tenir compte des dimensions de la partie médiane de la selle pour envisager celles de l'hypophyse que s'il est possible de différencier nettement les parties latérales et médiane du profil ou quand les deux coïncident avec certitude; il faut considérer comme une exception les selles dites « en pont » qui accompagnent le plus souvent l'existence de glandes petites, même dans les cas à grand profil médian.

6° Il est d'ailleurs particulièrement fréquent (50 pour 100 des cas pendant la période d'activité sexuelle) de constater cet aspect en pont chez des sujets atteints de troubles des fonctions génitales ou de retard de développement des organes génitaux.

7° L'écart entre le poids et le volume de l'hypophyse augmente avec l'âge.


GAMBÉOL
Hg² Cl²
léger et dissociable
CACHETS SUPPOSITOIRES
FRICTIONS
ADOPTÉ PAR LE MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE
42, rue Emile Deschanel - COURBEVOIE

8° Le poids moyen de l'hypophyse est, quel que soit l'âge, plus élevé chez la femme que chez l'homme.

9° Pendant la période d'activité sexuelle, dans 50 pour 100 environ des cas féminins qui présentent de petites hypophyses et dans 50 à 60 pour 100 des cas masculins, on relève des signes de troubles de développement ou de troubles fonctionnels des organes génitaux.

Morel Kahn.

E. Ellinger. ***Altérations pulmonaires consécutives à l'emploi d'huile de paraffine*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIX, n° 6, Avril 1934). — E. rapporte 3 observations de lésions plus ou moins étendues des bases pulmonaires, du type pneumonique, qu'il convient de rapporter à des instillations répétées pendant des mois, même des années, d'huile de paraffine en quantités notables.

E. rappelle les cas de même ordre rapportés par Fischer-Wasels et ceux que Bodmer et Kallos ont pu diagnostiquer *in vivo;* il en rapproche les intéressantes constatations anatomiques dues à certains auteurs américains et relatives à des pneumonies graisseuses observées chez des enfants après inspiration d'huiles minérales ou animales.

L'aspect radiologique ne présente rien de pathognomonique et est sensiblement analogue à celui des processus pneumoniques des bases; seule, par conséquent, l'anamnèse permet de rapporter cet aspect à sa vraie cause.

E. conclut donc qu'il conviendrait, dans les affections naso-laryngées, de limiter autant que possible l'usage de ces huiles et de les remplacer par des huiles végétales saponifiables ainsi que l'ont proposé Bodmer et Kallos.

Morel Kahn.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

Craps et **A. Alechinsky.** ***Traitement des radiodermites par l'action combinée du nitrate d'argent et des rayons ultra-violets*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 15, 14 Avril 1934). —Ayant obtenu de bons résultats avec l'action combinée d'une solution de nitrate d'argent et des rayons ultra-violets dans l'eczéma chronique péribuccal et intertrigineux et dans de nombreux eczémas kératosiques et d'ulcères ou plaies atones, C. et A. ont essayé cette méthode sur les radiodermites dont les douleurs sont toujours si tenaces et la cicatrisation si lente.

Les parties saines sont protégées par un linge, une pommade ou un papier de soie, on badigeonne les lésions avec une solution aqueuse de nitrate d'argent à 5 pour 100 sans exercer de friction, mais en recouvrant complètement la surface par une couche liquide. Parfois, il est bon de faire précéder l'application d'un nettoyage à l'éther sulfurique, et il est nécessaire de débarrasser la peau des squames ou croûtes avant de pratiquer le nitratage. Dès que celui-ci est effectué, la région est soumise au rayonnement d'une lampe de quartz à vapeurs de mercure très rapprochée. La distance optimum est de 20 cm. pour une lampe à grand réflecteur, 10 cm. pour un brûleur à rendement normal. La durée de l'irradiation varie de 5 à 10 minutes et doit être suffisante pour provoquer l'assèchement complet de la solution et le noircissement de la région traitée. Si la teinte obtenue n'est pas assez foncée, on renouvelle le badigeonnage au cours de la séance pour obtenir une coloration franchement noire à reflets métalliques. Il ne faut pas ensuite appliquer de corps gras et les séances sont répétées tous les deux jours.

La douleur disparaît souvent après une ou deux applications. La cicatrisation s'amorce rapidement et progresse régulièrement. La durée du traitement des radiodermites est très raccourcie et on évite l'ennui de pansements gras ou salissants.

5 cas ainsi traités sont rapportés; aucun n'a constitué un échec pour la méthode.

Robert Clément.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago).

S. Lester, R. Dragstedt, H. E. Haymond, James Cellis (Chicago). ***Recherches sur la pathogénie de la pancréatite aiguë*** (*Archives of Surgery*, vol. XVIII, n° 2, Février 1934). — L'article comporte l'exposé de la pathogénie de la pancréatite aiguë et des causes de la mort dans cette affection. Il contient une importante bibliographie et les auteurs y relatent leur opinion d'après une série d'expériences qu'ils ont entreprises. La cause de la pancréatite aiguë semble avant tout résider dans une origine biliaire. Dans 60 pour 100 des cas, on peut vérifier la théorie d'Opie qui indique qu'il s'agit d'un reflux de la bile dans l'intérieur du canal pancréatique; toutefois, si l'origine biliaire paraît certaine, dans 10 pour 100 des cas seulement elle paraît due à un calcul enclavé, le reste des cas observés (50 pour 100) doit être dû soit à un spasme du sphincter d'Oddi, soit à une inflammation ou à de l'œdème de la même région. Du reste, le rôle toxique de la bile est prouvé par les expérimentations des auteurs qui injectant de la bile fraîche dans différents canaux glandulaires ont observé des lésions importantes de nécrose de ceux-ci; la bile refluant dans les canaux pancréatiques y produit donc les mêmes lésions; celles-ci au début semblent arrêtées par les protéines du sang à la faveur de l'hémorragie intra-pancréatique; cette dernière semblerait donc en quelque sorte une réaction de défense contre la nécrose. Les 40 pour 100 des cas de pancréatites aiguës qui ne sont pas justiciables de l'origine biliaire sont dus soit à une infection de voisinage, ou par la voie sanguine, soit encore à un traumatisme comme il semble y en avoir des cas tout à fait probants. Les auteurs signalent, du reste, qu'on a rencontré au cours d'une pancréatite aiguë un cas où les canaux biliaires et pancréatiques s'ouvraient séparément dans l'intestin, excluant par conséquent complètement la possibilité du reflux biliaire intra-pancréatique.

La deuxième partie de l'article traite des causes de la mort dans la pancréatite aiguë. Est-ce le liquide pancréatique qui, par sa toxicité, provoque les phénomènes mortels? Il ne semble pas. C'est ainsi que de nombreuses expériences variées faites par les auteurs leur ont montré que l'injection intra-péritonéale de liquide pancréatique pur et stérile n'a aucune action toxique. Inversement, l'injection de liquide pancréatique renforcé de suc duodénal provoque la mort d'une façon constante, mais en réalité cette mort n'est pas due à des phénomènes purement toxiques, car si on prend la précaution de filtrer ce liquide sur des bougies Berkefeld l'injection du liquide stérile ne détermine aucun phénomène grave. Il semble donc que la toxicité du liquide pancréatique activée par son contact avec la muqueuse duodénale soit due à la présence de bactéries. De fait, ce liquide est constamment septique et si on le stérilise par filtration son injection devient innocente. L., D., H. et C. concluent donc que le rôle toxique dans la pancréatite aiguë est dû à la dissémination dans l'organisme des produits de nécrose pancréatique et cette nécrose du pancréas survient secondairement au cours de la pancréatite aiguë sous l'influence de bactéries intra-pancréatiques. De leurs expérimentations, ils peuvent conclure que, tout au moins chez l'animal, les canaux pancréatiques normaux sont constamment septiques, renfermant de nombreux agents microbiens et en particulier le colibacille.

F. d'Allaines.

Alton Ochsner, I. M. Gage, R. A. Cutting (Nouvelle-Orléans). ***Effet de la morphine dans l'occlusion intestinale*** (*Archives of Surgery*, vol. XVIII, n° 2, Février 1934). — Contrairement à l'opinion de beaucoup de cliniciens la morphine ou les dérivés de l'opium semblent stimuler plutôt que ralentir l'activité de l'intestin grêle, telle est la conclusion de cet article que les auteurs appuient sur une série d'expériences.

L'expérimentation a été faite sur le chien chez lequel on a réalisé une occlusion expérimentale et les chiens ont été observés soit 48 heures, soit 72 heures après le début de l'occlusion. Une série de graphiques montrent le résultat obtenu et ils sont à peu près tous pareils; on a pris la pression à l'intérieur de l'iléon au-dessus de l'occlusion et l'observation montre qu'avant l'administration de morphine la pression intra-intestinale est basse et sans modification car il n'y a pas de contractions; très rapidement après une injection de morphine, que cela soit 48 heures ou 72 heures après le début de l'occlusion, la pression intra-intestinale monte et l'intestin est animé de mouvements de contraction plus ou moins violents suivant les cas mais constants et de longue durée.

Il semble donc que la morphine et ses dérivés soient un médicament dont on doive user dans les cas d'occlusion ou d'obstruction intestinale.

F. d'Allaines.

Hyalmar E. Carlson et **Thomas G. Orr** (Kansas City). ***Occlusion expérimentale du jéjunum*** (*Archives of Surgery*, vol. XVIII, Février 1934, n° 2), — Dans cet article, C. et O. exposent leurs recherches sur 12 chiens ayant subi une obstruction expérimentale du jéjunum et qui pour la moitié ont reçu une ration d'eau importante et pour l'autre moitié ont été privés de toute nourriture aussi bien solide que liquide. Comme on pouvait le penser, les animaux qui ont été hydratés ont survécu plus longtemps que les autres, leur poids a diminué moins vite. Inversement, la composition chimique du sang en chlorures et sucre a changé moins vite chez les animaux privés de nourriture.

Comme conclusion, C. et O. recommandent la pratique connue des lavages d'estomac.

F. d'Allaines.

SURGERY,
GYNECOLOGY and OBSTETRICS
(Chicago)

W. Sprong (Montréal). ***La disparition du sang du liquide cérébro-spinal dans les hémorragies sous-arachnoïdiennes traumatiques*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LVIII, n° 4, Avril 1934). — Le but de cette étude a été de rechercher au bout de combien de temps disparaît du liquide céphalo-rachidien le sang qui s'y répand après hémorragie traumatique et de déterminer la valeur exacte du drainage répété de ce liquide par ponctions lombaires répétées.

Le sang disparaît en 5 ou 6 jours du liquide cérébro-spinal et cette durée n'est nullement influencée par les ponctions lombaires répétées. La xanthochromatine qui apparaît massivement du 2e au 3e jour qui suit l'hémorragie sous-arachnoïdienne a complètement disparu ou est réduite à de faibles traces, au bout de 6 jours, avec ou sans ponctions lombaires.

Le liquide évacué par ponction présente toujours une dilution élevée de sang et une petite frac-

tion de la totalité du liquide peut seulement être retirée chaque fois sans danger. Aussi la quantité de sang enlevée par ponction lombaire est-elle toujours extrêmement faible. Dans aucun des cas étudiés ici, l'ensemble des ponctions n'était arrivé à enlever une valeur supérieure à X gouttes.

La quantité de liquide céphalo-rachidien qui peut être retirée est limitée par la quantité de liquide frais sécrété. Or, cette sécrétion est trop lente pour rivaliser avec la rapidité de l'élimination spontanée des cellules rouges, si bien qu'une fraction négligeable du sang épanché peut être enlevée par ponction répétée pendant le temps que le liquide met à s'éclaircir.

Par suite, les ponctions lombaires peuvent être utilisées dans les cas traumatiques pour le diagnostic et pour abaisser une pression anormale, mais elles sont parfaitement inutiles pour hâter la disparition du sang du liquide céphalo-rachidien.

M. Guibé.

THE LANCET
(Londres)

U. Friedmann et **A. Elkeless.** ***La barrière hémato-encéphalique dans les maladies infectieuses. Sa perméabilité aux toxines et ses rapports avec leurs charges électriques*** (*The Lancet*, n° 5771, 7 Avril 1934). — Dans les maladies infectieuses, des symptômes tels que l'insomnie, le délire, la température élevée, le collapsus et même la mort ont été attribués à l'action directe des toxines sur le cerveau. Cette opinion, depuis Erlich, était fondée sur le fait de l'affinité de la substance cérébrale pour les toxines. Mais dans ces dernières années les travaux ont surtout porté sur le mécanisme régulateur des échanges entre le cerveau et le sang et sur la valeur de la barrière hémato-encéphalique.

F. et E. pensent que les parois des capillaires constituent cette barrière hémato-encéphalique car sa perméabilité coïncide avec celle des capillaires. Pour apprécier la valeur de ce barrage, en se servant de toxines, ils ont utilisé trois méthodes : la perfusion artificielle du cerveau, la détermination comparative de la dose léthale de la toxine par la voie intraveineuse et la voie intrarachidienne, l'identification de la toxine dans le cerveau après injection intraveineuse.

F. et E. arrivent à ces conclusions que la barrière hémato-encéphalique est perméable au venin de cobra et à la toxine dysentérique, qu'elle est imperméable aux toxines diphtériques, botuliniques et tétaniques. Pour les premières, leur action sur le cerveau est rapide, immédiate; pour les secondes, il faut un temps plus ou moins long d'incubation pour que leur action se manifeste.

André Plichet.

U. Friedmann et **A. Elkeles.** ***La barrière hémato-encéphalique dans les infections. Sa perméabilité aux toxines et ses rapports avec les charges électriques*** (*The Lancet*, n° 5772, 14 Avril 1934). — La perméabilité de la barrière hémato-encéphalique à certaines toxines est en rapport avec leurs charges électriques.

Les toxines diphtériques, tétaniques et botuliniques qui ne traversent pas cette barrière ont un pH négatif par rapport à celui du sang.

Des deux toxines qui traversent la barrière, l'une, la toxine dysentérique, a une charge neutre, l'autre, la toxine du venin de cobra, a une charge positive.

Ces expériences montrent que l'incubation de ces maladies est en rapport avec la charge électrique des toxines et, suivant F. et E., les injections de sérum antidiphtérique intrarachidiennes sont inutiles puisque la barrière hémato-encéphalique s'oppose au passage de la toxine diphtérique.

André Plichet.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

C. Donnison. ***La cause de l'hypertension artérielle. Présentation d'une hypothèse*** (*British medical journal*, n° 3824, 21 Avril 1934). — Cette hypothèse est la suivante : l'hypertension artérielle serait le résultat de réactions mentales ou émotionnelles non suivies d'efforts physiques. D. s'appuie pour justifier cette hypothèse sur la réaction de Cannon : quand chez l'animal, on produit un stimulus émotionnel, il y a vasoconstriction générale, déversement d'adrénaline dans la circulation générale, élévation de la pression sanguine et du sucre du sang, inhibition de la motilité et de la sécrétion du tube digestif. Chez l'homme, l'élévation de la pression artérielle et du sucre sanguin consécutives à une injection d'adrénaline revient plus rapidement à la normale si l'injection est suivie d'un exercice vigoureux.

L'hypertension est plus répandue chez les peuples civilisés, en raison justement des réactions mentales plus fréquentes et du manque d'exercice.

André Plichet.

THE BRITISH JOURNAL OF SURGERY
(Bristol)

M. D. J. Macmyn. ***La neurochirurgie des maladies du système vasculaire périphérique*** (*The British Journal of Surgery*, vol. XXI, n° 84, Avril 1934). — Il s'agit d'une revue générale faite d'après les cas d'Adson opérés à la Mayo-Clinic. M. n'analyse dans son travail que la thrombo-angéite oblitérante et la maladie de Raynaud.

M. dit que les malades ne doivent être opérés que si on peut constater la présence d'un spasme vaso-constricteur au niveau des artères ou des artérioles. Pour ce faire, on provoque une vaso-dilatation : le meilleur moyen est l'injection intraveineuse d'une protéine étrangère non spécifique sous forme de vaccin anti-typhique. On obtient ainsi une élévation de température modérée qui s'accompagne de vaso-dilatation. L'effet vaso-dilatateur est mesuré en prenant la température locale avant et après l'injection au niveau de la bouche et au niveau des membres. La différence de température cutanée avant et après l'injection divisée par la différence des températures buccales constitue ce que M. appelle « l'index vaso-moteur ». L'index vaso-moteur est bon lorsque l'élévation de température cutanée est au moins le double de l'élévation de température buccale.

La preuve d'un spasme vaso-constricteur étant ainsi faite, on est autorisé à opérer le malade. Pour les membres inférieurs l'opération de choix est la résection des ganglions de la chaîne sympathique lombaire et des troncs intermédiaires. Cette opération est faite par voie trans-péritonéale. Pour les membres supérieurs, l'opération de choix est la résection bilatérale des ganglions cervico-thoraciques. Ici c'est la voie postérieure après résection d'une partie de la première côte et de l'apophyse transverse de la première vertèbre dorsale qui est choisie. Dans ce dernier cas, on observe toujours un syndrome de Claude Bernard-Horner qui se remarque à peine puisqu'il est bilatéral.

M. insiste sur ce fait que l'ablation des ganglions sympathiques supprime la sécrétion sudorale dans les territoires correspondants. Si cette action sur les glandes sudoripares n'existe pas, c'est que l'opération a été incomplète.

A la suite de la résection sympathique, les extrémités se réchauffent, mais la peau ne prend pas de coloration rouge. Cela tient à ce qu'il s'est produit une dilatation des artères et des artérioles, mais non des capillaires. On peut vérifier ce fait à la capillaroscopie. Les résultats de l'intervention sont les suivants :

Pour la maladie de Buerger, 100 opérations ont été pratiquées : 80 aux membres inférieurs et 15 aux membres supérieurs (4 malades avaient été opérés à la fois pour le membre supérieur et le membre inférieur). Sur ces 100 malades, on a enregistré 87 guérisons caractérisées par la disparition des douleurs, de la claudication intermittente et par la guérison des ulcères.

Pour la maladie de Raynaud, on a opéré 54 malades, 39 pour le membre supérieur, 15 pour le membre inférieur. Pour le membre supérieur, 85 pour 100 des malades ont guéri. Pour le membre inférieur, on a obtenu 100 pour 100 de guérison. Il semble bien que les résultats imparfaits soient dus à ce que l'opération n'a pas été complète. Il faut enlever avec soin le second ganglion thoracique, le tronc cervico-thoracique, tous les rameaux communicants allant au 8e nerf cervical et aux premier et second nerfs dorsaux.

La sympathectomie dans la maladie de Raynaud donne une disparition de la douleur, la suppression des colorations anormales des extrémités et de leur refroidissement.

Comme Adson et Brown l'ont indiqué, on peut admettre que la résection des ganglions sympathiques dans la maladie de Raynaud est une arme chirurgicale efficace contre cette affection.

Jacques Leveuf.

A. Lawrence Abel. ***Cancer primitif du foie avec observation d'un cas traité avec succès par hépatectomie partielle*** (*The British Journal of Surgery*, vol. XXI, n° 84, Avril 1934). — L'auteur publie l'observation d'un cancer primitif du lobe gauche du foie découvert chez une femme de 51 ans. L'ablation du lobe gauche fut pratiquée avec succès. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma ayant pour point de départ les canalicules biliaires intra-hépatiques. Sept mois après l'opération, la malade était encore en vie.

A propos de ce cas, L. A. fait un exposé général des cancers primitifs du foie.

Il faut signaler qu'une petite note ajoutée après que l'article a été composé indique que la malade est en pleine récidive.

Jacques Leveuf.

THE BRITISH JOURNAL OF UROLOGY
(Londres)

Daniel Eisendrath. ***Diagnostic de la tuberculose rénale par les cultures du sédiment urinaire*** (*The British Journal of Urology*, t. VI, n° 1, Mars 1934). — E. rappelle la difficulté de mettre le B.K. en évidence dans les urines. Il rappelle également les inconvénients de l'inoculation au cobaye qui demande 60 à 90 jours pour donner des résultats indiscutables.

Il a pratiqué, en parallèle avec ces deux modes d'investigations, la culture du sédiment urinaire sur milieu de Petragnani modifié par Saenz, selon la technique de Lœwenstein. Ses résultats sont basés sur une première série de 57 cas déjà publiés, auxquels il ajoute 30 nouveaux cas.

Il assure que la culture donne une réponse plus fidèle que l'examen direct et que le résultat est obtenu beaucoup plus rapidement et avec autant de sécurité que par l'inoculation.

Bernard Fey.

MINERVA MEDICA
(Turin)

L. Severi. ***Formule réticulocytaire et infection tuberculeuse*** (*Minerva Medica*, XXVe année, t. 1, n° 9, 3 Mars 1934). — S. a étudié chez 20 tuberculeux pleuro-pulmonaires la teneur du sang en réticulocytes et la formule réticulocytaire établie d'après la classification de Heilmeyer (érythrocytes nucléés avec substance granulo-filamenteuse adossée au noyau, formes en peloton et en réseau, érythro-


NÉOSALIODE
GABAIL
AFFECTIONS
RHUMATISMALES CHRONIQUES
HUILE IODO-SALOLÉE
EN INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES
LABORATOIRES
GABAIL
5, RUE LEFEBVRE. PARIS 15e
BAUME
DULAC
TRAITEMENT EXTERNE
DES AFFECTIONS
RHUMATISMALES CHRONIQUES

cytes avec substance granulo-filamenteuse en filaments ou en granules). Il a trouvé constamment une certaine réticulocytose (16 à 38 pour 1.000, avec une moyenne de 20,8, au lieu de 10,8 pour 1.000, chiffre normal moyen, avec des extrêmes de 8 à 14 pour 1.000); d'autre part, la formule est modifiée par l'augmentation des formes en réseau et filamenteuses et la diminution des formes granuleuses; quelques variations existent suivant le type de la tuberculose, mais le nombre encore restreint des cas étudiés ne permet pas de se prononcer sur leur constance; S. ne peut pas encore dire si la déviation de la formule observée dans ses cas est spécifique ou non de la tuberculose; il a l'impression, sans en être certain, que l'augmentation des formes en peloton n'est pas d'un bon pronostic.

Lucien Rouquès.

F. Bua. *Sur l'action combinée des diurétiques mercuriels et de la diathermie rénale* (*Minerva Medica*, XXV° année, t. I, n° 10, 10 Mars 1934). — Les diurétiques mercuriels et la diathermie rénale augmentent la diurèse par un mécanisme différent; les premiers ont une action extra-rénale, mobilisent l'eau des tissus et accroissent par suite la quantité d'eau qui est amenée aux reins; la seconde a une action locale et stimule directement l'élimination. Ayant étudié chez 11 sujets normaux les effets comparés de l'injection de 1 centicube de salyrgan seule ou suivie après un quart d'heure d'une séance de 20 minutes de diathermie sur chaque rein avec une intensité de 1 à 2 ampères, B. a constaté que l'action des deux procédés était le plus souvent synergique (9 cas); dans 5, le surcroît de la diurèse a été important (4 à 500 centicubes dans les 24 heures); dans 4, il a été moins accentué, mais net cependant pour les urines des premières heures; parallèlement, l'excrétion de l'urée et des chlorures a augmenté. On peut donc retenir en pratique la diathermie rénale comme moyen de renforcer l'effet des diurétiques mercuriels.

Lucien Rouquès.

E. Tagliaferro. *Etudes sur la pression moyenne* (*Minerva Medica*, XXV° année, t. I, n° 10, 10 Mars 1934). — Ayant mesuré la pression moyenne chez une centaine de sujets sains et malades, T. arrive à des conclusions opposées à celles de l'école de Vaquez. De 8 à 25 ans, chez les sujets sains, elle varie en général de 80 à 90 milligr. de mercure avec des extrêmes de 70 et de 100; de 25 à 50 ans, les chiffres moyens sont 90-95 milligr. avec des extrêmes de 80 à 110; des écarts de 70 à 110 chez des sujets normaux de différents âges paraissent peu compatibles avec la conception d'une constante physiologique; tout ce que l'on peut dire, c'est que les variations de la pression moyenne à l'état normal sont moins importantes que celles des pressions extrêmes; à l'état normal et pathologique, on observe des variations de la moyenne suivant les divers territoires vasculaires; la moyenne s'élève comme les pressions extrêmes sous l'influence de l'effort musculaire et cela d'autant plus que les sujets sont moins entraînés. La pression moyenne n'a pas la valeur d'un indice absolu de la capacité fonctionnelle du cœur: elle augmente après application d'une bande d'Esmarck qui accroît le travail du cœur en exagérant les résistances périphériques ou dans l'insuffisance cardiaque où le travail du cœur diminue; elle reste élevée après une saignée importante alors que les efforts que le cœur doit fournir ont diminué. La pression moyenne est surtout capable de renseigner sur l'état des artères et l'importance des résistances périphériques. On ne peut substituer à la recherche de la pression minima celle de la pression moyenne.

Lucien Rouquès.

A. Astuni. *Sur la fréquence de l'œdème pulmonaire aigu dans les traumatismes cranio-encéphaliques* (*Minerva Medica*, XXV° année, t. I, n° 12, 24 Mars 1934). — On a signalé de très nombreux cas d'œdème aigu du poumon au cours des affections nerveuses les plus variées, mais on fait rarement mention de l'œdème aigu consécutif aux traumatismes cranio-encéphaliques ou on ne le considère que comme un phénomène agonique banal; or, il semble bien que le problème a été posé à l'envers et que l'œdème soi-disant agonique est en réalité la cause de l'agonie. La statistique de A. portant sur 197 autopsies médico-légales de traumatismes cranio-encéphaliques confirme la fréquence de l'œdème aigu du poumon relevant de cette étiologie dont la première mention est due à Moutier; 57 cas d'œdème aigu ont été observés, soit 28,93 pour 100, sans variation importante suivant le sexe, mais avec une nette prédominance chez les sujets âgés: 130 autopsies de 1 à 50 ans avec 29 cas (22,30 pour 100), 67 autopsies de 50 à 87 ans avec 28 cas (41,79 pour 100); tout en n'étant pas rare dans les cas où la survie après l'accident a été de moins d'une heure, l'œdème aigu est surtout fréquent lorsque la survie a duré de quelques heures à 24 heures (près de la moitié des cas); il devient moins fréquent ensuite. La constatation de l'œdème aigu à l'autopsie d'un sujet mort d'un traumatisme cranien peut être considérée comme un indice probable de la survie, mais ne préjuge pas de sa durée; celle d'une simple congestion pulmonaire n'a par contre aucune signification. La pathogénie de cette variété d'œdème reste imprécise; en dehors du traitement médical habituel, on peut se demander si, aux premiers signes de l'œdème, surtout s'il y a en même temps hypertension artérielle, il n'y aurait pas lieu de recourir à l'opération d'Ody et de drainer la citerne cérébello-médullaire pour décomprimer le bulbe.

Lucien Rouquès.

E. Lizier et E. Tagliaferro. *Comportement de la pression moyenne après rachicentèse* (*Minerva Medica*, XXV° année, t. I, n° 12, 24 Mars 1934). — Chez 20 sujets atteints d'affections nerveuses variées, L. et T. ont étudié les pressions maxima, moyenne et minima immédiatement avant, immédiatement après et quelques jours après une ponction lombaire. Dans 5 cas, il n'y a eu aucune modification; dans 7 cas, les 3 pressions ont augmenté immédiatement après la ponction et baissé au-dessous de la normale les jours suivants; dans 3 cas, les variations ont été l'inverse des précédentes; dans 3 cas, il n'y a pas eu de modifications immédiates, mais une augmentation (1 cas) ou une baisse (2 cas) les jours suivants; enfin dans 2 cas, les pressions ont présenté une baisse progressivement croissante. La ponction lombaire est donc susceptible d'avoir les effets les plus variés sur la pression artérielle et ne doit pas être utilisée dans le traitement de l'hypertension artérielle. La ponction lombaire a la même action sur les 3 pressions et à chaque variation de la maxima correspond une variation de même sens de la moyenne et de la minima, celles de la minima étant moins accusées que celles de la moyenne. Les variations de l'indice oscillométrique n'ont pas de type déterminé; l'indice peut rester le même alors que les pressions se modifient ou varier avec elles.

Lucien Rouquès.

NORSK MAGASIN for LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

Gerh. Hertzberg. *La réaction de Triboulet contrôlée par l'autopsie* (*Norsk Magasin for Laegevidenskapen*, n° 4, Avril 1934). — La réaction de Triboulet est positive quand les pièces contiennent des albumines et une certaine fraction des globulines (endoglobulines).

Une quantité assez considérable de ces corps est en faveur de l'existence d'une entérocolite exsudative, portant surtout sur le côlon et la dernière partie de l'iléon.

H. a utilisé cette réaction pour faire le diagnostic de la tuberculose intestinale à son début et conclut que la réaction a une valeur comparable à celle de la radiographie.

En effet, 105 cas ont été contrôlés radiographiquement et une correspondance parfaite a été trouvée dans 99 cas, soit 94 pour 100 de résultats concordants.

39 cas ont été contrôlés par l'autopsie avec une correspondance dans 35 cas, c'est-à-dire environ de 90 pour 100.

H. tire de ses recherches la conclusion que la réaction mentionnée aura une signification importante en clinique, surtout si les recherches d'avenir montrent que la réaction est positive quand il s'agit des formes larvées de la tuberculose de l'intestin. Les cas qui ont été contrôlés par H. étaient des formes assez avancées.

Alf. P. Jacobsen.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Gjessing (Oslo). ***Les symptômes angioneurotiques pendant le traitement par les arsénobenzènes*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XV, fasc. I, Mars 1934). — On peut observer au cours du traitement par les arsénobenzènes 2 types de phénomènes angioneurotiques : la *crise nitritoïde rouge* et la *crise nitritoïde blanche*.

G. rapporte 6 cas de ces complications, qui n'apparurent jamais après la 1re injection, mais bien après la 4e, 6e, 8e ou 15e injection; dans un cas de syphilis héréditaire, l'injection qui provoqua la crise fut précédée d'un traitement prolongé durant des années par le néosalvarsan et le silbersalvarsan.

Les crises angioneurotiques apparaissent donc habituellement après un traitement relativement long. Parfois les injections qui précèdent celle qui détermine la crise sont accompagnées de phénomènes d'intolérance : fièvre, malaise général.

Il est à noter que tous les malades avaient supporté sans inconvénient au cours de leur traitement des doses supérieures à celle que détermina la crise.

Cette complication se reproduit régulièrement, si on continue le traitement en injectant une dose équivalente à celle qui détermina la première crise. Il convient donc de poursuivre le traitement à une dose moindre.

Il est probable que l'insuffisance hépatique joue un rôle dans la genèse de ces crises. Chez un malade, on constata une forte réaction à l'urobiline; chez un autre malade qui succomba, on trouva à l'autopsie une néphrite hémorragique et des altérations hépatiques.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

C. Dimitracoff (Sofia). ***Le traitement de l'endocardite lente par la vaccinothérapie*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, t. XXVII, n° 4, Avril 1934). — D. relate 4 observations. Dans la 1re, endocardite lente à *Streptococcus viridans*, la guérison, obtenue après traitement par autovaccin, en 1931, se maintenait en Juillet 1933, au bout de 2 ans. Dans la seconde, le diagnostic d'endocardite lente à *Streptococcus viridans* fut posé dès le début de l'affection, en Mars 1930; le traitement par l'autovaccin amena une guérison rapide, qui se maintenait plus de 3 ans après. Dans la troisième, chez une fillette de 14 ans, on constata une maladie mitrale ancienne avec insuffisance cardiaque, il y avait une endocardite lente à *Streptococcus viridans;* la guérison fut obtenue par un auto-vaccin systématiquement injecté pendant trois mois; la guérison se maintenait 18 mois après. Par contre, dans le quatrième cas, chez un sujet porteur d'une double lésion aortique ancienne, une endocardite lente à streptocoque hémolytique se termina par la mort au bout de 11 mois, malgré traitement chimiothérapique et auto-vaccin.

D. donne la technique de préparation de l'autovaccin, qui a pour but d'incorporer avec le corps microbien la protéinotoxine. On l'injecte tous les 2 ou 3 jours, à doses croissantes de 0,5 à 4 cmc.

La précocité du diagnostic par l'hémoculture et du traitement consécutif est d'importance capitale. Les facteurs de gravité sont l'intensité de l'infection, l'abondance du germe et sa variété, le *Streptococcus viridans* semblant d'un meilleur pronostic que le streptocoque hémolytique.

L. Rivet.

ODONTOLOGIE (Paris)

Boenheim. ***Endocrinologie et paradentose*** (*Odontologie*, vol. LXXII, n° 4, Avril 1934). — B. a poursuivi une enquête étiologique sur la paradentose (pyorrhée alvéolo-dentaire). Il a trouvé le métabolisme basal normal dans la moitié des cas. L'action dynamique spécifique, c'est-à-dire l'augmentation de la consommation d'oxygène sous l'influence d'une nutrition riche en albumine, était normale dans 41 pour 100 des cas, augmentée dans 53 pour 100 des cas et diminuée dans 6 pour 100.

En ce qui concerne *le diabète*, les statistiques et les travaux de Rosenberg, Biedl, Ersner, Mc Collum, Hopkins établissent un rapport étroit entre cette affection et la paradentose. Les autres statistiques sont en désaccord avec ces résultats et en les groupant, on n'atteint que le chiffre de 6,8 pour 100. Butz constate que les diabétiques sans paradentose ont des dispositions à la furonculose. Pas de paradentose dans le diabète infantile. Citron a noté le peu de fréquence du diabète chez les pyorrhéiques, mais le retrouve assez souvent dans les ascendants. Par conséquent, il faut s'élever contre la conception classique que la paradentose est un signe constant du diabète.

Par contre, la paradentose s'accompagne souvent de troubles hépatiques, B. a souvent relevé des anomalies de la glycémie après administration de lévulose. La teneur en bilirubine du sang est normale; l'urobilinurie est fréquente. L'hépatomégalie se rencontre dans 15 pour 100 des cas. Les troubles gastro-intestinaux sont également incriminables.

La paradentose est deux ou trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, ce qui doit tenir aux troubles ovariens. Paradentose et troubles des glandes à sécrétion interne seraient l'expression d'une seule et même déviation constitutionnelle.

C. Ruppe.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Bouvier. ***Réflexe sudoral de la face au cours de la mastication consécutif aux traumatismes de la loge parotidienne*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXVI, n° 4, Avril 1934). — Les plaies de la face peuvent provoquer des phénomènes anormaux de sécrétion sudorale. B. reprend l'historique de ces faits et apporte 3 observations nouvelles de malades opérés de la région parotidienne et présentant pendant la mastication des phénomènes très marqués de rougeur et de sudation de la face du côté opéré.

Du point de vue pathogénique, il cite les opinions de Parhon, Lucie Frey, Triumphoff. Selon Thomas, l'arc réflexe qui aboutit à la sécrétion parotidienne conserve sa voie centripète et son centre. Mais la voie centrifuge et le terminus sont modifiés. Les fibres vaso-moteurs et sécrétoires de la parotide sont détournés de leur territoire habituel par les cicatrices fibreuses qu'elles rencontrent sur leur trajet. Il se produit un paraRéflexe. Pour B., il y a inclusion des fibres cervico-spinales accompagnées des fibres sympathiques sectionnées.

L'excitation de ces fibres, en synchronisme avec la fonction parotidienne, devient pathologique et exagère la sécrétion sudorale.

C. Ruppe.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès. ***Adénomes et cancers du foie*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LV, n° 15, 15 Avril 1934). — S. passe en revue les divers cancers primitifs du foie au point de vue anatomo-pathologique. Aux dépens de l'endothélium vasculaire des capillaires intertrabéculaires, on peut avoir des réticulo-endothéliomes érythro ou myéloblastiques, des sarcomes angioblastiques; S. a vu un cas de lymphangiome kystique du foie.

La cirrhose alcoolique, la syphilis héréditaire ou acquise, le foie cardiaque et même l'échinococcose prédisposent au cancer épithélial, à l'adéno-épithéliome. Les hyperplasies nodulaires des hépatites chroniques donnent naissance à des adénomes qui peuvent être un acheminement vers le cancer. Aux dépens d'adénomes trabéculaires peuvent se développer des épithéliomes trabéculaires; il y a tous les intermédiaires entre ces deux états anatomiques. Adénomes et adéno-épithéliomes peuvent être à foyers multiples, dans le foie cirrhotique, ou solitaires.

L'épithéliome tubulo-acineux correspond à l'adénome acineux ou tubulo-acineux. L'épithéliome trabéculo-tubuleux ou tubuleux est la forme maligne des polyadénomes biliaires.

Robert Clément.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

G. Péry, J. Cardus Llanas et J. Duffour. ***La thérapeutique carbonique dans les asphyxies du nouveau-né*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. CXI, n° 12, 30 Avril 1934). — Chez 19 nouveau-nés présentant à leur naissance un état d'asphyxie et de mort apparente, on a utilisé des inhalations d'oxygène carbonique. Il est indispensable d'enlever auparavant les mucosités pharyngo-laryngées qui font une obstruction mécanique à l'arrivée du gaz carbonique au niveau de la muqueuse pulmonaire et que l'on risquerait de faire pénétrer plus avant sous la pression des insufflations. On prend l'enfant par les pieds et on lui fait, tête en bas, quelques frictions sur le dos; on extrait les mucosités avec le petit doigt recouvert de gaze, puis on aspire les mucosités restantes au moyen du stéthoscope; on fait encore une friction à l'alcool. On introduit l'insufflateur de Ribemont dans la trachée en s'assurant qu'il n'est pas dans l'œsophage. Grâce à un dispositif en T, alternativement on insuffle dans les poumons un mélange d'oxygène et de gaz carbonique et on provoque une expiration chez l'enfant par expression thoracique. On fait ainsi des inspirations et des expirations artificielles jusqu'à ce que l'enfant crie. A ce moment, si on le juge utile, on peut continuer l'administration de l'oxygène carbonique au masque.

Sur 15 cas d'asphyxie bleue, P., C. et D. ont eu 14 succès et 1 insuccès et sur 3 cas d'asphyxie blanche, 3 succès. L'enfant, qui ne survécut pas, malgré l'application de 3 petits ballons d'oxygène carbonique, présentait une hémorragie méningée.

Il n'a pas été constaté d'accidents dus au gaz carbonique. Il n'y a pas eu de déchirures des alvéoles pulmonaires dues à la pression de l'insufflation. Il faut faire l'insufflation avec une pression suffisante pour obtenir le déplissement des alvéoles pulmonaires, avec une pression mesurée pour éviter leur déchirure.

La réanimation des nouveau-nés en état de mort apparente par l'oxygène carbonique paraît un bon procédé plus rapide que les techniques classiques.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

R. Jaffé. ***Paraffinome appendiculaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 14, 6 Avril 1934). — On sait depuis longtemps que la paraffine parvenue de façon quelconque dans les tissus humains agit comme un corps étranger et peut provoquer la formation de tissus de granulation et même de véritables tumeurs. On a donc renoncé à l'employer dans les opérations plastiques, mais, par contre, son usage demeure fréquent sous forme liquide soit comme vecteur d'antiseptique dans le nez (huile mentholée, etc.), soit somme laxatif par voie digestive.

Un cas de sclérose pulmonaire mortelle consécutive à l'instillation nasale quotidienne durant 20 ans d'huile mentholée a déjà été publié récemment par Fischer Wasel.

Par contre, la littérature médicale ne contient

pas d'observations d'accidents succédant à la prise d'huile de paraffine par voie orale.

La malade de J., âgée de 32 ans a dû être opérée d'urgence pour crise douloureuse dans la région appendiculaire. Deux crises entéritiques antérieures avaient été signalées chez elle.

L'examen anatomo-pathologique de l'appendice montre du tissu de granulation remarquable par la présence de vacuoles de tailles diverses paraissant contenir une graisse spéciale. L'étude clinique de cette substance grasse démontra qu'il s'agissait de paraffine.

La malade interrogée raconta qu'elle prenait depuis 5 mois très fréquemment une cuiller à soupe d'huile de paraffine pour lutter contre sa constipation : la quantité totale d'huile ainsi absorbée correspondait à environ 200 cmc.

La quantité de paraffine semble peu importante, et il est probable que ce qui a provoqué les accidents c'est la stase anormale de cette huile au niveau de l'appendice du fait de facteurs mécaniques gênant son évacuation.

Cependant, il n'est pas sans intérêt de souligner le fait que l'absorption régulière d'huile de paraffine peut avoir des inconvénients chez les malades ayant présenté des phénomènes inflammatoires au niveau du cæcum.

G. Dreyfus-Sée.

Umber. ***Diabète chez trois paires de jumeaux univitellins*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 15, 13 Avril 1934). — A plusieurs reprises U. a défendu la théorie du diabète maladie constitutionnelle due à une insuffisance congénitale des îlots pancréatiques.

Outre de nombreuses preuves cliniques relevées chez plus de 5.000 malades, les données de l'hérédité paraissent confirmer cette théorie dans plusieurs cas. L'observation de 3 paires de jumeaux univitellins semble bien plaider en faveur de l'hérédité constitutionnelle en tant que donnée étiologique primordiale du diabète.

Les jumeaux univitellins peuvent être considérés comme possédant des facteurs héréditaires identiques et le déclanchement d'une même affection chez eux, indépendamment de circonstances diverses de l'existence, démontre bien le rôle des facteurs héréditaires dans le déterminisme de cette affection.

Quelques cas de diabète chez des jumeaux ont déjà été publiés sans qu'on ait le plus souvent précisé s'il s'agissait de jumeaux uni- ou bivitellins.

Les 3 cas de U. sont donc à ce point de vue très intéressants. Le premier concerne 2 sœurs jumelles atteintes simultanément à 64 ans de diabète. Ces 2 sœurs présentaient une remarquable ressemblance physique et psychique et ont eu toutes deux un diabète de gravité moyenne irrégulièrement traité par suite de leur indocilité.

La deuxième observation concerne également 2 sœurs atteintes en même temps vers la cinquantaine. L'une d'elles insuffisamment traitée meurt à 52 ans. L'autre présente un diabète grave nécessitant un traitement insulinique sévère. Ces deux malades avaient eu un père diabétique et parmi leurs frères et sœurs un autre cas de diabète grave mortel a été observé.

La troisième paire de jumeaux mâles diabétiques appartient à une famille où on note de nombreux cas de gémellité. L'un des sujets, éthylique ancien (cabaretier), présente à 38 ans un diabète léger avec tolérance élevée et glycosurie aisément réductible. Son frère jumeau apparemment normal révèle à l'examen systématique une courbe glycémique anormale démontrant l'existence d'une constitution diabétique latente.

Il semble ici que l'hérédité diabétique récessive demeurée latente chez l'un des frères ait été décelée chez l'autre par les excès éthyliques.

Ces faits importants du point de vue pathogénique paraissent donc à U. constituer de nouveaux arguments en faveur du diabète constitutionnel et contre la conception du diabète traumatique.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Klose et Büsing. ***Résultats des recherches faites chez 2.000 personnes ayant demandé le prêt de mariage*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 16, 21 Avril 1934). — Le prêt de 1.000 marks consenti, dans certaines conditions, aux Allemands et aux Allemandes qui se marient, n'est accordé qu'après un examen médical dont K. et B. donnent les résultats pour Kiel. Cet examen a lieu une fois qu'on a réuni tous les documents que peuvent fournir les offices d'assistance, de la jeunesse, des maladies vénériennes, des affections pulmonaires, des maladies mentales et enfin des alcooliques.

Le prêt a été refusé dans 9 pour 100 des cas (11 pour 100 des femmes et 6,4 pour 100 des hommes). Le refus du prêt n'a été motivé par la tuberculose que dans 0,1 pour 100 des cas bien que les dossiers de l'assistance pour les malades du poumon aient été consultés et qu'un examen radiographique ait été fait dans les cas douteux.

La plupart de ces refus du prêt sont motivés par une insuffisance psychique et tout spécialement par une imbécillité plus ou moins marquée. A ce point de vue, K. et B. recommandent de prendre en considération le travail des écoliers dans les écoles publiques. En outre, la collaboration avec les cliniques pour maladies nerveuses est indispensable.

La réaction de Wassermann a été positive dans 0,8 pour 100 des cas. Un travail semblable pour la ville de Planen a donné pour la syphilis des chiffres beaucoup plus élevés (2,2 pour 100).

P.-E. Morhardt.

Heinz Kalk. ***Hypertension paroxysmique. Crise d'hypertension sanguine et tumeur de la moelle des surrénales*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 17, 28 Avril 1934). — K. donne l'observation d'une femme de 36 ans qui, depuis 9 ans, souffre d'accès d'abord assez espacés puis de plus en plus fréquents et violents. Le premier est survenu 5 semaines après l'accouchement d'un premier enfant et il a été observé une aggravation après un avortement puis après l'accouchement d'un second enfant. Ces accès tels qu'ils ont pu être observés par K. sont très impressionnants : le visage devient anxieux, les pupilles s'élargissent, la malade appuie la main sur la région cardiaque, pâlit aussi bien du visage que des mains et des pieds pendant que la pression atteint 240 à 300 mm. de Hg et que la fréquence du pouls augmente de 30 par minute. En même temps, on observe des signe de tétanie. A ce moment, intervient une contre-régulation qui fait baisser la pression à 90/60 et rougit l'ensemble du tégument. Il apparaît des sueurs profuses et les pupilles se rétrécissent. Au bout de 2 ou 3 minutes, il survient un nouvel accès. Ces phénomènes peuvent se renouveler sans arrêt pendant un temps qui varie de 3 à 5 heures. On constate, de plus, que la glycémie atteint 110 milligr. et le calcium du sérum 10 milligr. pour 100 gr.

L'examen de l'abdomen aux rayons Roentgen montre l'existence, au voisinage du pôle supérieur du rein droit, d'une ombre de la grosseur d'un poing et on remarque que la palpation profonde de cette région provoque assez facilement un accès accompagné de pâleur. La malade a été soignée, pour ces crises, par toutes sortes de méthodes qui n'ont rien donné. Cependant, le calcium en injections intraveineuses peut couper les accès mais ne provoque pas la sensation de chaleur ordinairement ressentie. L'existence d'une tumeur d'une surrénale est confirmée par une pyélographie. On procède à une intervention et on découvre, sur le rein droit, une tumeur grosse comme un poing d'homme qu'on enlève en même temps que le rein.

A partir de l'intervention, les accès cessent et la guérison se fait assez simplement. On constate même une légère tendance à l'hypotension (95 à 115 mm. de Hg.) La glycémie est également faible (85 milligr.). Quatre mois après l'intervention, la malade est complètement rétablie et la pression est redevenue normale.

Selon K. ce cas est le premier dans lequel la tumeur de la moelle des surrénales ait été diagnostiquée *intra vitam* et où l'opération ait amené la guérison. Il donne à ce propos des indications sur les divers cas de ce genre publiés par Vaquez et Donzelot, Volhard, Labbé, Tinel et Doumer, etc.

L'analyse a montré que dans un fragment de 5 gr. de la tumeur, il existait 150 à 200 milligr. d'adrénaline, ce qui pour l'ensemble de la tumeur pesant 290 gr. représente un total d'adrénaline de 375 à 500 milligr.

En terminant, K. se demande si ces tumeurs ne sont pas plus fréquentes qu'on le croit car il a eu l'occasion d'en observer 2 cas en 15 jours.

P.-E. Morhardt.

Franz Büchner. ***Tumeurs spécifiques de la moelle des surrénales avec hypertension*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 17, 28 Avril 1934). — B., qui a examiné au point de vue histologique la tumeur de l'observation de Heinz Kalk, donne un tableau dans lequel se trouvent des indications sur les 17 cas publiés jusqu'ici et particulièrement sur 2 cas.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 46 ans qui arrive à l'hôpital avec une péritonite par perforation et qui meurt quelques heures après une intervention. A l'autopsie, on constate, dans les deux surrénales, une tumeur en partie hémorragique, en partie médullaire, constituée par des amas de grandes cellules polygonales colorées en bleu violet par l'hématoxyline-éosine, présentant parfois un noyau remarquablement gros. Entre ces cellules, on en trouve de plus petites qui se colorent fortement par l'éosine. En outre, il existe des métastases qui sont constatées pour la première fois dans les tumeurs de ce genre.

Cet homme étant mort au cours d'un accident aigu, on n'a pas pu mesurer sa pression sanguine. Mais l'examen des reins montre l'existence d'une infiltration lipoïdique de l'intima qui doit être considérée, d'après Jores, comme un caractère histologique de l'artériolosclérose survenant en cas d'hypertension chronique. En outre, le cœur de ce sujet pesait 420 gr. pour un poids total de 66 kilogr.

Le second cas concerne la femme dont l'observation a été donnée par Kalk. Il s'agit là encore d'un phéochromocytome qui présente la structure habituelle. Le rein enlevé avec la tumeur a été examiné et il a été constaté que les artérioles présentaient, ici et là, des infiltrations lipoïdiques de l'intima.

P.-E. Morhardt.

Karl Paul von Eiselsberg. ***Angine de poitrine et allergie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 17, 28 Avril 1934). — Parmi les causes capables de déclancher une crise d'angine de poitrine on fait généralement figurer les efforts, le froid, le coït, l'excitation, la nicotine, les troubles gastro-intestinaux, etc. Mais E. a constaté qu'un certain nombre d'angineux présente, en outre, des affections allergiques comme du prurit, de l'urticaire, de l'eczéma, de la migraine, des coliques hépati-

ques, de la colite en relation avec un état allergique. D'ailleurs, plusieurs auteurs ont également constaté que l'angine de poitrine est souvent en rapport avec des crises d'allergie.

L'électrocardiographie permet d'élucider cette question dans une certaine mesure. E. rappelle que cette méthode montre, au cours d'un accès d'angine de poitrine provoqué par une thrombose des coronaires, des séries de modifications plus ou moins caractéristiques intéressant la région ST de la courbe, l'onde T ou le complexe QRS. Ces altérations doivent être attribuées à un trouble des échanges du myocarde (anoxémie, accumulation des produits anormaux du métabolisme). Chez les animaux, on observe des modifications analogues au cours du choc anaphylactique. Elles sont alors diversement expliquées vraisemblablement parce que, d'après E., les auteurs considèrent tantôt le choc aigu, tantôt, au contraire, le choc prolongé. Mais les injections d'insuline qui ont souvent pour effet des phénomènes anaphylactiques légers provoquent des modifications de l'électrocardiogramme tout à fait analogues à celles qu'on observe dans l'angine de poitrine. D'ailleurs, Lauda a eu l'occasion de voir survenir, dans ces conditions, un spasme vasculaire des extrémités inférieures.

E. donne 2 observations dont la première concerne une femme de 72 ans chez laquelle il est survenu, à la suite d'un choc psychique et de troubles digestifs, une sensibilité spéciale à l'égard des carottes, des tomates et de la phénolphtaléine dont l'ingestion se montrait capable de déclencher une crise. Dans un second cas, il s'agit d'un homme de 68 ans chez lequel on constate, après une période de régime de crudités, des phénomènes d'allergie pour certains légumes en même temps que des crises d'angine de poitrine. On observe d'abord une sensibilité à l'égard des épinards puis du lait, du fromage, des œufs, des tomates, des pommes et du thé. L'administration d'allergènes sous forme de propeptans permit de désensibiliser le malade.

E. donne également d'autres observations dans lesquelles les accès survenaient la nuit, c'est-à-dire, à un moment où le travail de la digestion avait pu commencer à fabriquer des allergènes ou encore à la suite du froid, de bains de soleil, d'excitations, de repas trop copieux, de mauvais temps, d'administration de digitale, etc. Parmi les méthodes de traitement, E. utilise, en dehors de la skeptophylaxie par les propeptans, des injections intraveineuses de solutions de glucose.

P.-E. Morhardt.

L. Feil et **P. Wermer**. ***Un nouveau phénomène circulatoire dans les troubles de l'irrigation artérielle*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 17, 28 Avril 1934). — Chez des sujets atteints d'endartérite oblitérante avec artériosclérose des vaisseaux de la jambe, on peut constater que si on fait coucher le malade sur le ventre et que si on fléchit le genou, la plante du pied devient pâle en une minute ou une minute et demie et il apparaît assez souvent des paresthésies nettes et des douleurs dans le pied. Burger pratique cette épreuve en étendant le malade sur le dos et en relevant la jambe jusqu'à ce que cette pâleur apparaisse, l'affection devant être considérée comme d'autant plus grave que cette pâleur apparaît pour un relèvement moins important.

F. et W. ont constaté qu'à la suite des phénomènes ainsi observés, c'est-à-dire une à deux minutes après que la plante du pied a pâli, il apparaît des taches roses qui s'étendent progressivement à toute la plante. Ce dernier phénomène étudié dans 10 cas de claudication intermittente et dans 6 cas d'artériosclérose des vaisseaux de la jambe a été constaté 8 fois. Le mécanisme de ce phénomène doit être considéré comme une hyperémie réactive analogue à celle qui survient lorsque, après avoir comprimé un membre pendant un certain temps, on relâche la compression. Il apparaîtrait donc, dans la région devenue exsangue, une substance vasodilatatrice comme Lewis et d'autres l'admettent.

Il semble à F. et W. qu'on puisse classer ces malades suivant le degré de leur affection, en trois groupes: ceux qui, quand on relève la jambe, ne présentent aucune modification (cas légers); ceux qui présentent de la pâleur suivie d'hypérémie réactive (cas moyennement sévères); ceux qui ne pésentent que de la pâleur (cas sévères).

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

Zollner. ***L'amygdalectomie après des processus inflammatoires tonsillaires récents*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. XXXI, n° 17, 27 Avril 1934). — Le problème de l'amygdalectomie pratiquée au stade aigu inflammatoire a été remis à l'ordre du jour par Linck et Levinger qui ont enlevé les amygdales à de nombreux malades présentant des abcès tonsillaires sans aucun incident local, ni septicémique. Ils ont ainsi éliminé les foyers infectés et amélioré leurs malades au moyen de ce traitement qu'ils prétendent sans danger. Leur affirmation mérite donc d'être discutée sur la base d'une statistique portant sur le plus grand nombre de faits possible.

La revue de la littérature contemporaine ainsi que les observations personnelles de Z. ne permettent pas d'admettre cette absence de risque qui seule rendrait légitimes ces interventions à chaud. 4 observations avec complications locales et générales ont été publiées, et Z. a eu l'occasion d'en suivre un 5e cas survenu chez un sujet opéré en période subfébrile et qui présenta 8 heures après l'intervention un grand frisson avec fièvre à 40°5; chez un autre malade une infiltration œdémateuse linguale avec fièvre élevée succéda à l'opération.

En conclusion Z. conseille de limiter les indications de l'amygdalectomie à chaud à des cas bien précisés :

1° Septicémie au cours d'inflammation amygdalienne sans participation appréciable du tissu péri-tonsillaire;

2° Incisions inefficaces, ne donnant pas issue au pus. Il s'agit alors soit de petits abcès cachés, profonds, soit d'infiltration diffuse sans collection purulente constituée;

3° Fièvre persistante malgré les incisions ayant donné issue au pus. Le maintien d'un état subfébrile constituera également une indication opératoire afin d'éviter le réveil des phénomènes aigus.

En dehors de ces indications, on se montrera prudent quant aux interventions à pratiquer sur des amygdales infectées.

G. Dreyfus-Sée.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE (Leipzig)

Franz Gaspar (Budapesth). ***Des myosites gonococciques : guérison d'un cas de polymyosite gonococcique aiguë*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, fasc. 3 et 4, 25 Mai 1934). — Un malade de 41 ans, 20 jours après avoir attrapé une blennorragie compliquée de prostatite et d'épididymite, subit 26 poussées de myosite localisées à 10 muscles différents des quatre membres. Au milieu de phénomènes généraux d'intensité variable, le muscle atteint se tuméfiait, devenait douloureux, puis quelques heures ou quelques jours après tout rentrait dans l'ordre. Une de ces poussées de myosite fut compliquée de lymphangite. Le malade guérit complètement sans garder d'atrophie musculaire ni de gêne fonctionnelle.

Le malade fut traité par le repos, les applications chaudes ou glacées, les analgésiques, les vaccins, l'auto-hémothérapie.

Ainsi au lieu de se localiser à un seul muscle ou à un seul groupe de muscles, la myosite gonococcique peut envahir successivement un grand nombre de ceux-ci.

G. Wolfromm.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE (Berlin)

W. Uffenorde (Marbourg). ***Diabète et otite moyenne*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, t. XXXV, n° 4, 6 Avril 1934). — Naguère encore le diabète était considéré comme un facteur de gravité considérable de l'otite moyenne, et il n'était pas rare de voir celle-ci, chez les diabétiques, s'accompagner de vastes délabrements mastoïdiens ou d'envahissement du labyrinthe. Il en va tout autrement depuis l'introduction de l'insuline dans la thérapeutique. Les 2 cas suivants en apportent une fois de plus la preuve.

La première observation concerne une femme de 53 ans dont l'urine renfermait 5,8 pour 100 de sucre, le sang 2 gr. 10 centigr. par litre. Asthmatique et rhumatisante, elle entre à l'hôpital pour de violentes douleurs d'oreilles, accompagnées de céphalées, de nausées et d'anorexie. La température est à 38°3. Elle souffre d'un prurit permanent, d'une soif intense; elle est très amaigrie. En outre, elle est atteinte d'une otite aiguë bilatérale, et la paracentèse est suivie d'un écoulement hémorragique abondant. On envisage la nécessité de la trépanation de l'apophyse. Or, il suffit d'instituer le traitement approprié par réduction du régime et injections d'insuline pour que tout rentre dans l'ordre: la guérison de l'otite est obtenue dans les délais habituels avec restitution intégrale de l'acuité auditive.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un étudiant en droit, âgé de 26 ans, chez lequel on avait constaté l'existence du diabète depuis un an et qui se fait admettre à l'hôpital pour une pneumonie lobaire inférieure droite. Le sang renferme 3 gr. 20 centigr. de sang par litre, l'urine 7 pour 100. La recherche de l'acétone est positive. La température monte à 40°7. Au bout de 15 jours se déclarent des douleurs de l'oreille gauche, causées par une otite supérieure qui nécessite des paracentèses itératives. Là encore l'insuline associée au régime amène une régression rapide des accidents, et l'otite guérit avec cicatrisation de la membrane tympanique et conservation de l'audition.

En somme, conclut U., on peut dire que dans ces 2 cas, grâce à l'insuline, l'otite a évolué comme s'il n'existait pas de diabète.

Francis Munch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Dimmel et **Preisz**. ***Contribution à la clinique et à la thérapeutique de l'agranulocytose*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 15, 13 Avril 1934). — D. et P. rapportent 2 observations de syndrome agranulocytaire s'étant terminé par la guérison: le premier concerne un homme de 30 ans ayant présenté une angine de Vincent unilatérale, et chez lequel on mit en évidence la disparition complète de tout leucocyte granuleux; le cas apparut comme assez complexe, du fait de

la coïncidence d'un rhumatisme gonococcique. La deuxième observation concerne un homme de 29 ans qui présenta, au cours d'un traitement novarsenical, de la fièvre, une angine lacunaire et une disparition des polynucléaires du sang avec cependant persistance des éosinophiles. Dans un cas comme dans l'autre, on nota une forte monocytose, constatation qui permet d'augurer la terminaison favorable du syndrome. La courte durée de la maladie, la discrétion des signes généraux, permettent de se demander s'il s'agit d'une agranulocytose vraie, ou de syndromes mineurs à elle apparentés. Le traitement a consisté en irradiations de la moelle des os, en ingestion d'adrénaline. Quant aux transfusions, leur action est discutable, et D. et P. se sont abstenus de ce moyen thérapeutique.

G. Basch.

Glaessner. ***Organothérapie de l'ulcus gastrique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 17, 27 Avril 1934). — La plus grande incertitude règne encore quant aux causes et au mode de production de l'ulcère de l'estomac; on peut cependant l'envisager comme une rupture d'équilibre entre la sécrétion chlorhydro-peptique de la muqueuse et les possibilités de défense de celle-ci. On essayera donc dans le traitement de cette affection de réaliser une défense de la muqueuse soit en provoquant artificiellement la production d'antipepsine, soit par tout autre moyen. On est donc en présence de deux méthodes: *a*) les traitements de choc cherchent à utiliser l'action générale pyrétogène et la réaction focale; on emploie soit des vaccins polymicrobiens, soit des albumines (novoprotéines, caséosan). G. considère que les succès de cette méthode, d'interprétation très malaisée, ne répondent pas aux espoirs fondés sur elle; *b*) la pepsinothérapie a pour objet soit de déterminer dans l'organisme des anticorps permettant à la muqueuse gastrique de mieux se protéger contre les sucs digestifs, soit de mettre en jeu les défenses hormonales. Elle a donné lieu à de bons résultats: sédation des douleurs, chute de l'acidité gastrique, reprise de poids. Pendant la cure, G. ne prescrit pas d'atropine, mais il fait prendre 20 gr. d'huile d'olive avant le repas et du bismuth à la fin.

Cette méthode paraît préférable aux injections d'acides aminés, ou de parathyroïde, ainsi qu'aux piqûres d'insuline ou d'extrait pancréatique.

G. Basch.

Kraul. ***Thrombophlébite et embolie postpuerpérales ou après opérations gynécologiques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 18, 4 Mai 1934). — Il s'agit d'une étude statistique portant sur une période de 10 ans: sur 33.640 accouchements, 173 thrombo-phlébites furent observées; sur 17.077 cas gynécologiques, on nota 156 thrombo-phlébites. En ce qui concerne la puerpéralité, les phlébites surviennent de préférence après les accouchements difficiles (versions, délivrance artificielle, etc.). Quant aux complications thrombosiques post-opératoires, elles surviennent surtout après les tumeurs malignes des organes génitaux, les fibromes. K. a observé 19 embolies de l'artère pulmonaire, 5 infarctus du poumon; il réprouve le lever trop précoce et ne permet aux opérées et aux accouchées de mettre le pied par terre que lorsque la vitesse de sédimentation sanguine est devenue normale.

G. Basch.

Szemzö. ***Sur un cas d'empoisonnement par la caféine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 18, 4 Mai 1934). — Un homme de 62 ans absorba par suite d'une erreur d'ordonnance 20 gr. de caféinate de soude; il en vomit aussitôt une partie, mais présenta à son arrivée à l'hôpital les troubles suivants: sudation excessive; sensation de grande faiblesse, bradycardie à 48 que suivit le lendemain une accélération à 90. Les pupilles étaient en myosis, ne réagissant pas à la lumière. Quelques heures après l'empoisonnement, on mit en évidence de la glycosurie avec acétonurie, et une hyperglycémie à 2 gr. 54. Ces phénomènes disparurent dès le lendemain. On nota également une polyurie très abondante, quelques signes d'irritation gastrique, puis tout rentra dans l'ordre.

G. Basch.

Hoff, Köck-Molnar et Urban. ***Présence d'hormones dans la grande citerne*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 19, 11 Mai 1934). — Zondek isole dans le sang et dans l'urine le prolan, produit de sécrétion du lobe antérieur et le menformon, sécrété par l'ovaire; or, la plupart des auteurs n'ont pas réussi à mettre en évidence ces hormones dans le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire.

Par analogie avec la pituitrine qu'on ne retrouve pas dans le liquide céphalo-rachidien, recueilli par ponction lombaire, mais qu'on retrouve par ponction sous-occipitale, H., K.-M. et U. ont recherché de la même manière le prolan et le menformon. Ces recherches se sont montrées positives: le menformon (folliculine) se retrouve dans le liquide cisternal en plus forte concentration que dans le sang; le prolan se rencontre chez les sujets atteints d'adénome basophile de l'hypophyse, ce qui fait envisager comme probable sa production par les cellules basophiles. On a pu trouver la folliculine même chez l'homme et au cours de tumeurs de l'hypophyse, chez les sujets atteints de cancer ou de processus inflammatoires du système nerveux; il semble donc que la folliculine est une hormone non point spéciale à un sexe mais caractéristique de l'activité sexuelle ; on peut la rencontrer partout où se créent des cellules nouvelles. On la trouve dans le liquide céphalo-rachidien même pendant la menstruation.

G. Basch.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

Fr. Van Doren (Bruxelles). ***Etude critique et expérimentale de la pression moyenne*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 16, 21 Avril 1934). — En théorie, la pression moyenne ne correspond à rien d'explicable, son nom caractérise une valeur tensionnelle qu'il est impossible de justifier. La pression moyenne n'est pas la moyenne arithmétique entre la maximale et la minimale; personne ne peut préciser de quelle moyenne il s'agit ni assigner par rapport à quoi elle est moyenne. Elle est différente d'un point à l'autre de l'arbre vasculaire et ne peut donc servir de valeur moyenne pour caractériser un système circulatoire. Il vaudrait mieux appeler cette valeur la pression stabilisée.

Sur tout l'arbre artériel, environ 70 fois sur 100, la pression moyenne obtenue par ponction artérielle directe est la même que celle obtenue par la courbe sphygmomanométrique. Lorsqu'il y a discordance entre les deux mesures, il s'agit le plus souvent d'un abaissement obtenu par ponction artérielle.

En comparant les valeurs numériques de la pression moyenne obtenue par ponction artérielle, à l'humérale et à la radiale ou à l'humérale et à la fémorale ou aux 2 humérales, aux 2 radiales et aux 2 fémorales, on obtient 2 fois sur 10 des écarts de plus d'un centimètre de mercure, tantôt pour l'une tantôt pour l'autre de ces pressions.

La sphygmomanométrie donne la preuve des rapports de la pression moyenne avec la minimale. En cas d'hypertension moyenne solitaire le plus souvent c'est l'induration artérielle qui est en cause.

Robert Clément.

Ph. Carpentier. ***Contribution à l'étude de l'action de la parathyroïdine*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 21, 26 Mai 1934). — Dans 3 cas de troubles vaso-moteurs post-traumatiques, 2 fois avec fracture du poignet et signes de décalcification importants, l'injection quotidienne d'une ampoule d'extrait parathyroïdien a diminué rapidement les douleurs, les raideurs, l'œdème et les réactions vaso-motrices et a entraîné une recalcification progressive des os en 24 à 35 jours.

Il serait illusoire de se baser sur un aussi petit nombre d'observations pour tirer des conclusions définitives; cependant les résultats obtenus permettent d'entrevoir une thérapeutique intéressante quand on se rapporte aux résultats inconstants et même franchement mauvais de la plupart des autres méthodes préconisées.

Robert Clément.

C. Ijevsky (Moscou). ***A propos du traitement des verrues vulgaires*** (*Le Scalpel*, t. LXXXVII, n° 22, 2 Juin 1934). — Pour détruire les verrues vulgaires, I. a essayé un dérivé d'acridine (le lactate de 2-ethoxy-6, 9-diaminoacridine), antiseptique très actif sur les pyogènes banaux et non irritant, injecté en solution de 0.25 à 2 pour 100, additionné de novocaïne de 0,25 à 1 et 1/2 pour 100. L'injection doit se faire au centre de la masse verruqueuse; elle ne doit pas être trop superficielle, sinon elle est inactive, ni trop profonde, sinon les réactions sont trop violentes. La disparition des verrues se fait au bout de quelques semaines sans séquelles cicatricielles. L'inconvénient de cette méthode est que, si l'injection a été un peu trop abondante ou trop concentrée, les réactions locales sont très vives et douloureuses et s'accompagnent d'élévation thermique allant jusqu'à 39°.

Les injections d'acide phénique en solution croissante de 1 et 1/2 à 3 pour 100 sont préférables et ont l'avantage de ne pas nécessiter l'emploi d'anesthésique. La verrue tombe sous forme de masse noirâtre, sans qu'il y ait de réactions locales douloureuses. Dans les cas de verrues généralisées, il suffit de s'attaquer aux plus grosses, les autres disparaissent spontanément ; dans une des observations citées, le traitement appliqué sur quelques verrues avait fait disparaître la plupart d'entre elles : au bout d'un mois, il n'en restait que 13 sur 56. Si on s'attaque aux petites verrues, la disparition spontanée des autres ne s'observe pas.

Pour I. ces observations contribuent à confirmer l'origine infectieuse des verrues vulgaires.

Robert Clément.

BRAZIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

De Azevedo et de Mello Filho. ***Mélanome primaire du nez*** (*Brazil Medico*, n° 18, 5 Mai 1934). — A. et M. F. donnent de leur article le résumé suivant : Les tumeurs mélaniques se localisent en général sur des régions pourvues de pigment. Elles sont rarement des tumeurs primitives des fosses nasales. On peut en compter une vingtaine dans la littérature. Après avoir cité les cas publiés jusqu'à nos jours, A. et F. rapportent l'observation d'un malade de 42 ans, présentant un mélanome qui comblait une partie de la fosse nasale et tout le sinus maxillaire, avec destruction des parois interne et antérieure. Radiothérapie et mort 2 mois après la dernière application, avec signes de métastase. Le pronostic de ces tumeurs est toujours très sombre, la thérapeutique décevante. On ne doit intervenir que dans les cas incipiens et circonscrits, dans l'espoir d'empêcher la production de foyers métastatiques qui emportent les malades dans un délai en général assez court.

A. et F. admettent que leur cas avait une origine nerveuse (cellules de la gaine de Schwann),

ce qui est en accord avec la conception de Masson. Une de leurs coupes montrait nettement la disposition arboriforme des éléments de la tumeur autour d'un filet nerveux.

C. Ruppe.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

P. Montanes. ***L'intradermo-réaction avec le bacille de Hansen*** (*Archivos de Medicina, cirugia y especialidades*, t. XV, n° 15, 14 Avril 1934). — Rost prépare, sous le nom de « léproline », une culture, obtenue à partir des bacilles de Hansen, selon la même technique que la tuberculine à partir des bacilles de Koch.

M. utilise des émulsions homogénéisées pures de « mycobacterium leprae », prélevées sur un léprome. Il pratique l'intradermo-réaction en injectant un cinquième de centimètre cube dans le derme. Une papule se forme rapidement, qui persiste 20 jours. Les biopsies montrent des manchons d'infiltration péri-vasculaire et des nodules à contours mal limités.

La réaction de M. se montre toujours positive chez les sujets non lépreux; positive encore chez 15 pour 100 des lépreux, davantage dans les infections anciennes, dans les formes nerveuses, dans les cas où l'on ne peut mettre en évidence la présence de bacilles.

G. d'Heucqueville.

J. Diaz, J. Camps, Lopez Ruiz et F. Vivanco. ***Les créatinuries glycocollique et créatinique, méthodes d'exploration de la fonction musculaire*** (*Archivos de Medicina, cirugia y especialidades*, t. XV, n° 16, 21 Avril 1934). — L'activité musculaire est conditionnée par le fonctionnement des appareils endocriniens: il existe des asthénies surrénale, hépatique, etc.

D., C., L. R. et V. pratiquent les épreuves de la créatinurie glycocollique et créatinique dans les maladies de Basedow et d'Addison, les affections du foie et des muscles. La créatine urinaire, dans la première épreuve, est formée aux dépens du glycocolle ingéré; la seconde permet d'apprécier la fixation de la créatine. La glycémie et la lactacidémie adrénalinique sont étudiées parallèlement.

Dans la dystrophie musculaire progressive, le phosphagène et le glycogène diminuent. La créatine, que le muscle ne fixe plus, apparaît dans l'urine (créatinurie « aphosphagénique »). Par la suite de l'évolution, l'épreuve du glycocolle devient négative, la créatine cessant même de se former.

Chez les hyper-thyroïdiens, on observe, dans 5 cas sur 7, une créatinurie spontanée, le taux du phosphagène s'élève (créatinurie « hyperphosphagénique »). Dans un cas d'insuffisance surrénale, créatinurie sans trouble de la lactacidémie (créatinurie « alactacide »).

On ne constate aucun parallélisme entre la créatinurie et la teneur en glycogène du muscle.

G. d'Heucqueville.

LA MEDICINA IBERA (Madrid)

J. Allix y Allix et L. Medina. ***Considérations sur la coexistence de lésions ganglionnaires cervicales calcifiées avec les lésions pulmonaires*** (*La Medicina Ibera*, t. VIII, n° 858, 21 Avril 1934). — Certains auteurs attribuent aux ganglions extra-thoraciques calcifiés une signification pronostique favorable, comme attestant de l'immunisation de l'organisme.

A. et M. rappellent les opinions contraires. Il faut tenir compte, dans l'interprétation, de l'âge des lésions pulmonaires et ganglionnaires. Parfois les adénopathies sont plus anciennes que les lésions pulmonaires, contemporaines du chancre initial. Parfois, elles traduisent la propagation de l'infection pulmonaire, par les lymphatiques du voisinage, ou par embolies à distance le long des vaisseaux.

A. et M. publient 5 observations dans lesquelles les lésions ganglionnaires extra-thoraciques et les lésions pulmonaires ne se développent pas parallèlement.

G. d'Heucqueville.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (New-York)

E. P. Joslin, L. I. Dublin et H. Marks. ***Recherches sur le diabète. Sa répartition; facteurs conditionnant ses variations*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 4, Avril 1934). — Dans ce travail J., D. et M. ont en vue la morbidité diabétique, tout aussi intéressante que la mortalité dont ils se sont déjà occupés.

Se basant sur des statistiques dignes de foi, ils évaluent le nombre des diabétiques aux Etats-Unis entre 300.000 et 400.000. La comparaison des statistiques actuelles avec d'autres plus anciennes révèle une forte augmentation de la fréquence de la maladie, qui semble moindre à l'étranger. La fréquence aux Etats-Unis est d'environ 2,5 à 3 pour 1.000 habitants tandis qu'en Europe Occidentale elle s'abaisse à 1,5-2,5 pour 1.000, étant moins grande en Angleterre qu'en Allemagne.

D'autre part, les statistiques de mortalité montrent qu'aux Etats-Unis on peut prévoir que 2.08 pour 100 de la population succomberont à la maladie; les chances de mort sont 2 fois plus grandes pour les femmes que pour les hommes et plus fortes chez les blancs que chez les noirs. Le diabète sévit davantage et se multiplie bien plus dans les villes que dans les campagnes. La mortalité est plus forte dans les Etats du nord, et surtout dans ceux du centre ouest et sur la côte du Pacifique, la différence étant plus tranchée dans la population rurale que dans la population urbaine. En Europe la mortalité est plus élevée dans les pays septentrionaux et occidentaux que dans le sud, les Germains étant plus atteints que les Latins, eux-mêmes plus souvent touchés que les Slaves (Tchéco-Slovaquie). Les récentes études faites sur le taux de la mortalité diabétique à New-York montrent l'extrême fréquence du diabète chez les Juifs, sauf en ce qui concerne les jeunes sujets; chez les autres, le diabète se montre 2 fois plus fréquent que dans le reste de la population. La maladie atteint avec prédilection les classes aisées. Les professions libérales, les employés, les commerçants de l'alimentation et les débitants de boissons lui paient un lourd tribut, les travailleurs manuels étant relativement épargnés.

Les guerres prolongées font diminuer le taux du diabète par suite des restrictions alimentaires imposées à la population civile. L'effet des crises économiques n'est pas clairement établi, mais en tout cas il est moins net et moins marqué que celui des guerres.

La consommation de sucre n'est pas par elle-même un facteur important de la fréquence de la maladie.

Selon J., D. et M., les divers facteurs extrinsèques influençant la fréquence du diabète examinés dans le présent travail relèvent de causes fondamentales peu nombreuses qu'ils se proposent d'étudier prochainement.

P.-L. Marie.

M. Sullivan et P. Cameron. ***Influence de l'adrénaline sur la lipémie alimentaire des diabétiques*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 4, Avril 1934). — L'utilisation des graisses ingérées chez les individus normaux et chez les malades est un sujet encore entouré d'obscurités. De nombreux auteurs ont étudié le rôle de l'adrénaline dans le métabolisme des graisses et noté son action antagoniste de celle de l'insuline, mais les résultats sont loin d'être concordants.

S. et C. ont repris ces recherches chez 11 diabétiques équilibrés auxquels ils ont fait prendre 100 gr. d'huile à jeun et chez lesquels ils ont dosé les lipoïdes du sang par la méthode de Rückert. Ils ont constaté que l'injection sous-cutanée d'adrénaline à dose suffisante (1 milligr.) est suivie d'un abaissement de la lipémie alimentaire chez les diabétiques, ce qui vient à l'appui de la conception qui attribue une influence régulatrice directe à l'adrénaline sur le métabolisme des graisses.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

M. Finland et W. D. Sutliff. ***Infections dues aux pneumocoques du type III et du type VIII*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 4, Avril 1934). — La classification des pneumocoques en types sérologiquement spécifiques a permis de voir que la pneumonie lobaire comprend tout un groupe d'infections spécifiques voisines dans leurs manifestations anatomo-cliniques, mais d'étiologie différente, importantes à distinguer, car la sérothérapie a une action strictement spécifique. On a constaté ensuite qu'un germe appartenant au même type sérologique peut causer des tableaux cliniques différents chez des sujets différents. Les pneumocoques des types I et II sont associés avec une très grande fréquence à la pneumonie lobaire classique; mais les pneumocoques du type III et du type VIII, type très voisin sérologiquement, récemment isolé du groupe IV, sont loin d'être toujours associés à un tableau anatomo-clinique uniforme.

Outre ses caractéristiques sérologiques, le type III se distingue par sa grosse capsule, ses grandes colonies mucoïdes qui lui ont valu le nom de *Pn. mucosus*. Très fréquent dans le naso-pharynx normal et chez les sujets ayant une infection chronique des voies respiratoires ou de l'oreille moyenne, on ne le trouve qu'au troisième rang dans l'étiologie de la pneumonie. Il semble surtout responsable des pneumonies des sujets âgés ou débilités, d'où la forte mortalité qu'il cause.

Le pneumocoque du type VIII est très voisin sérologiquement du type III, ce qui l'a fait confondre longtemps avec ce dernier, par suite des agglutinations croisées obtenues avec les sérums utilisés ordinairement pour la distinction des types. Les pneumonies qu'il cause ont certains caractères spéciaux.

F. et S. ont pu isoler des pneumocoques du type III chez 282 malades, dont 225 pneumoniques, et du type VIII chez 125 autres patients, dont 105 pneumoniques. Ainsi, on isole assez souvent des pneumocoques des types III et VIII chez des sujets n'ayant pas eu de pneumonie, fait rare avec les pneumocoques des types I et II. Un cinquième des infections dues au type III et un tiers de celles dues au type VIII étaient des bronchopneumonies, tandis que celles-ci ne relevaient des types I et II que dans 3 à 5 pour 100 des cas. On rencontre plus souvent des infections associées avec les types III et VII qu'avec les autres types. La proportion des femmes parmi les patients atteints de pneumonies dues aux types III et VIII fut trois fois plus grande que parmi les malades ayant des pneumonies dues aux types I et II. De plus, la mortalité causée par

ces deux derniers types fut la même dans les deux sexes, tandis qu'elle fut notablement plus élevée parmi les femmes atteintes de pneumonies dues aux types III et VIII.

La bronchopneumonie fut plus fréquente parmi les malades infectés par le type VIII que parmi ceux qui avaient une pneumonie due au type III. La mortalité des infections dues au type III fut identique, qu'il s'agisse de pneumonie lobaire ou de bronchopneumonie. La bronchopneumonie due au type VIII fut deux fois plus meurtrière que la pneumonie lobaire du même type.

La majorité des cas de bronchopneumonie des deux types furent secondaires et débutèrent au cours de quelque autre maladie sérieuse ou à la suite d'une opération. Il n'y eut qu'un petit nombre de cas de pneumonie lobaire secondaire. La mortalité dans la pneumonie secondaire fut 3 à 4 fois plus élevée que dans la pneumonie primitive, sauf dans la pneumonie lobaire secondaire due au type III, où elle se montra semblable à celle de la pneumonie primitive due au même type.

L'alcoolisme et les maladies chroniques, surtout les infections chroniques respiratoires et les cardiopathies, se rencontrèrent souvent comme facteurs prédisposants dans la pneumonie due aux types III et VIII.

Les caractères cliniques des pneumonies dues aux types III et VIII sont les mêmes que dans celles dues aux types I et II: début brutal, frisson, point de côté, crachats rouillés, tandis que ces symptômes furent relativement peu fréquents chez les sujets atteints de bronchopneumonie.

La leucopénie (moins de 5.000 leucocytes par millimètre cube) fut rare dans les deux types de pneumonie.

La durée de la maladie fut un peu plus longue dans la pneumonie du type III que dans celle du type VIII. La guérison par crise fut relativement peu fréquente dans les deux types; elle se rencontra plus souvent chez les sujets jeunes guérissant précocement.

L'hémoculture fut positive dans un tiers des cas pour les deux types. Tous les malades atteints de pneumonie du type III accompagnée de bactériémie succombèrent; la mortalité fut de 43 pour 100 dans les pneumonies dues au type VIII avec bactériémie.

La constatation nécropsique la plus significative fut la présence de zones de nécrose au niveau des foyers d'hépatisation dans un tiers des cas de pneumonies lobaires relevant du type III.

Ainsi ces deux types de pneumocoques déterminent des maladies qui diffèrent sur les mêmes points de la pneumonie causée par les types I et II, mais qui présentent entre elles des différences frappantes. Très importante est la différenciation du germe pour le traitement sérothérapique.

P.-L. Marie.

D. P. Seecof, C. R. Linegar et **V. C. Myers.** ***Différence dans la teneur en créatine du myocarde ventriculaire droit et gauche*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 4, Avril 1934). — Partant de la conception que le ventricule droit et le ventricule gauche sont des muscles qualitativement différents, conception qu'étayent déjà des arguments embryologiques, anatomiques, physiologiques et anatomo-pathologiques, S., L. et M. se sont demandé si la constitution chimique de chaque ventricule ne leur fournirait pas de nouvelles preuves de cette dualité.

Ils ont donc dosé dans le myocarde ventriculaire droit et gauche la créatine, substance qui joue un rôle vital dans la contraction musculaire. Ils ont constaté une différence moyenne de 30 pour 100 en faveur du ventricule gauche chez l'homme. Chez les animaux (chat), ils ont trouvé au niveau du ventricule gauche une teneur en créatine dépassant de 14 pour 100 celle du ventricule droit. Déjà Vollmer et Constabel avaient signalé cette différence dans la teneur en créatine des deux ventricules, différence qui est encore plus manifeste quand il s'agit de cœurs hypertrophiés. Il existe des différences analogues dans la teneur en glycogène, en lipides, en acide phosphorique, en calcium et en potassium. Ces différences justifient l'opinion que le cœur n'est pas un muscle uniforme, mais qu'il est composé de muscles qualitativement distincts.

La teneur du myocarde ventriculaire varie quelque peu avec l'âge. C'est ainsi que la différence entre les deux ventricules est très faible à la naissance, qu'elle est à son maximum pendant la période de croissance de l'organisme, qu'elle baisse de 30 à 50 ans pour remonter ensuite avec l'âge. On constate aussi des variations avec le poids du cœur.

La teneur des muscles volontaires en créatine est relativement plus élevée. Il est remarquable que, lorsque cette dernière s'élève au-dessus de 400 milligr., il se produise une augmentation correspondante dans le muscle cardiaque. Par ailleurs, la rétention de créatinine au cours des affections rénales détermine une augmentation de la teneur en créatine du myocarde et des muscles volontaires.

P.-L. Marie.

GLASGOW MEDICAL JOURNAL

J. Crocket. ***Tuberculose pulmonaire et gestation avec étude spéciale de l'effet de la compression ou du collapsus pulmonaire*** (*Glasgow Medical Journal*, N.S., t. III, n° 4, Avril 1934). — 324 femmes atteintes de tuberculose à la suite de la gestation furent admises au sanatorium écossais de Bridge of Weir. 46 pour 100 avaient au-dessus de 30 ans, il ne s'agit donc pas uniquement de jeunes mères. 90 avaient un enfant pour la première fois; pour 108, c'était la deuxième grossesse; pour les autres, c'était de la troisième à la septième gestation. Il est en général difficile de fixer le début de la tuberculose. La plupart des malades présentèrent des symptômes nets de tuberculose pulmonaire dans les premiers mois après l'accouchement.

A l'admission au sanatorium, il s'agissait dans la plupart des cas de tuberculose exsudative, rapidement progressive. Les formes fibreuses étaient rares, beaucoup étaient déjà d'évolution avancée.

Après un an de traitement en sanatorium, on pouvait considérer la maladie arrêtée dans 10 pour 100 des cas, améliorée dans 33 pour 100 des cas, non améliorée dans 50 pour 100 des cas, la mortalité avait atteint 5,6 pour 100 des cas.

En raison de la sensibilité à la tuberculose des femmes durant la gestation, on a discuté sur la conduite à tenir notamment à propos de l'interruption de la grossesse. On ne peut donner de règles générales, il faut tenir compte de la lésion pulmonaire, de l'état général de la malade et de la situation sociale.

Le traitement rationnel de la tuberculose chez la femme enceinte est de prévenir les accidents de décompression à la suite de l'accouchement par l'établissement d'un pneumothorax, ou s'il est impossible d'une phrénicectomie. Les heureux effets du collapsus pulmonaire seront augmentés par un bandage thoracique énergique diminuant l'expansion respiratoire. En agissant ainsi les résultats ont été presque toujours bons.

Une fois la grossesse à terme, l'accouchement n'est pas un traumatisme plus considérable qu'une intervention chirurgicale, il faut ensuite prolonger le repos au lit en maintenant la poitrine fortement bandée.

Robert Clément.

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE (Amsterdam)

C. E. Benjamins et **E. Huizinga** (Groningue). ***Corps étrangers de l'œsophage et des voies respiratoires*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, LXXVIII[e] année, n° 17, 28 Avril 1934). — Dans le cours des 10 dernières années, B. et H. ont eu l'occasion d'extraire de l'œsophage 75 corps étrangers les plus divers. 3 fois on dut recourir à une œsophagotomie externe. Pour les 72 autres malades, l'extraction eut lieu par les voies naturelles à l'aide d'un endoscope. Chez 67 d'entre eux l'extraction fut réalisée par la voie buccale, mais dans les 4 autres, le corps étranger, une fois désenclavé, fut entraîné par les mouvements péristaltiques de l'œsophage dans l'estomac, puis rendu ultérieurement par l'anus.

Aucun de ces malades n'a succombé.

Au contraire, une série de 85 corps étrangers des voies respiratoires dont les auteurs relatent les méfaits dans le présent mémoire accuse 6 cas avec issue fatale. Il y a lieu de noter que dans 45 de ces 85 observations le corps étranger aspiré était constitué par une pistache. Chez les enfants âgés de moins de 3 ans l'extraction eut toujours lieu par une bronchoscopie basse, après trachéotomie.

Francis Munch.

E. Behr (Groningue). ***Ulcérations du nez et de la face par mycosis fongoïde*** (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, LXXVIII[e] année, n° 20, 19 Mai 1934). — Un jeune garçon âgé de 12 ans est admis à l'hôpital pour une fistule stercorale de l'ombilic. On porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Pendant que le petit malade séjourne à l'hôpital, on voit apparaître une zone d'infiltration cutanée à droite du nez, tandis que le dos de cet organe se tuméfie. Dès maintenant, la rhinoscopie antérieure montre dans le méat moyen une masse de tissu bourgeonnante et ulcérée. En dépit de toute tentative thérapeutique, les lésions nasales s'étendent progressivement, détruisant les cornets inférieurs et moyens, puis l'aile droite du nez. Seule la radiothérapie s'accompagne d'une légère amélioration, d'ailleurs éphémère. L'enfant succombe, environ six mois après le début des lésions nasales.

B. estime qu'il s'est agi dans ce cas de mycosis fongoïde. Au cours de la vérification anatomique, il a, en effet, constaté, au niveau du foie, de l'intestin, des téguments, des lésions analogues à celles qui ont été antérieurement décrites dans le mycosis fongoïde et qui sont considérées comme caractéristiques de cette affection.

Francis Munch.

A MEDICINA CONTEMPORANEA (Lisboa)

B. Guedes et **C. S .de Souza.** ***Le traitement de Bokay dans les méningites tuberculeuses*** (*A Medicina contemporanea*, t. LII, n° 13, 1[er] Avril 1934). — Il faut abandonner le dogme du pronostic fatal de la méningite tuberculeuse: une centaine de guérisons indiscutables ont été publiées.

A la suite de Bokay, l'on a traité la méningite tuberculeuse par la radiothérapie profonde. Sur 17 cas, cet auteur aurait obtenu 5 guérisons. Il pense détruire, par la radiothérapie, les foyers infectieux qui détermineraient la mort par compression des gros troncs nerveux.

Dans 20 observations, G. et S. n'ont pas vérifié ces présomptions optimistes; ils ont obtenu un seul succès authentique. Certaines formes, qui paraissaient réagir au traitement, se trouvaient déjà

en voie de guérison spontanée. En tout cas, la radiothérapie ne saurait exercer une action efficace qu'à l'extrême début de la maladie, début d'ordinaire latent.

G. d'Heucqueville.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

O. Stub. ***Le taux de la mortalité par anémie pernicieuse en Norvège*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXI, n° 5-6, 4 Avril 1934). — En analysant les statistiques officielles de mortalité pour la Norvège, on constate que celle de l'anémie pernicieuse affecte une distribution géographique spéciale, les districts où se trouvent de nombreuses pêcheries ayant une mortalité extrêmement basse, qui peut être rattachée à la forte consommation de foie de poisson.

La mortalité augmente avec l'âge; elle est de moins de 1 pour 100.000 jusqu'à 20 ans; à partir de cet âge elle s'élève de façon insignifiante jusqu'à 40 ans, puis elle augmente considérablement dans les années suivantes avec un maximum à 60 ans et au delà.

La mortalité par anémie pernicieuse a augmenté depuis la période 1896-1900 jusqu'à la période 1921-1925. Elle s'est accrue davantage chez les femmes que chez les hommes, les premières présentant un excès de décès considérable. L'hépatothérapie, mise en œuvre en 1927 en Norvège, a déterminé une notable décroissance de la mortalité en 1928, mais cette diminution n'a pas persisté en 1929 ni en 1930. Avec notre thérapeutique actuelle, la vie des patients se trouve grandement prolongée et une forte proportion de patients succomberont à d'autres causes. Les futures statistiques de mortalité par anémie pernicieuse ne pourront donc guère nous donner d'indications valables concernant la fréquence de la maladie. On ne pourra en avoir qu'en instituant la déclaration obligatoire de la maladie, ce qui permettra, en outre, d'éclaircir la question des facteurs héréditaires.

P.-L. Marie.

A. Josefson. ***Une nouvelle méthode thérapeutique: les injections intraosseuses*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXI, n° 5-6, 4 Avril 1934). — Pensant pouvoir agir sur la moelle osseuse elle-même et la stimuler directement, J. a traité 13 cas d'anémie pernicieuse au moyen d'injections intraossseuses de préparations de foie injectables. Il pratique cette injection dans le sternum, après ponction exploratrice de l'os selon la technique d'Arinkin. Le plus souvent il a aspiré 4 cmc de sang et injecté lentement 4 à 5 cmc de liquide en évitant d'injecter de l'air et de passer à travers la table postérieure de l'os, ce qui est possible au moyen d'une petite bague métallique limitant la pénétration du trocart. Parfois l'injection fut suivie d'une sensation de tension et de céphalée durant quelques minutes, quelquefois très intense et accompagnée de vomissements. Dans la plupart des cas, on ne fit pas d'autre traitement. L'injection fut répétée au bout de 1 à 2 mois.

Les résultats furent encourageants : dans presque tous les cas on constata une augmentation du nombre des hématies traduisant une stimulation intense et rapide de la moelle osseuse; la réaction réticulocytaire se montra variable, mais fut très marquée dans certains cas. Ces essais sont trop récents pour qu'on puisse être fixé sur la durée de leur effet, mais ce dernier est au moins aussi bon, et parfois meilleur, que celui de l'ingestion de foie brut, souvent si répugnante pour les patients.

P.-L. Marie.

C. Giertsen (Bergen). ***93 cas d'érythème noueux*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXII, n° 1-2, 27 Avril 1934). — G. a examiné cliniquement et radiologiquement 93 cas d'érythème noueux, concernant presque tous des sujets de 15 à 30 ans.

Chez 3 malades, l'absence de tuberculose avait été établie (cuti-réaction négative, image radiologique normale) peu avant l'apparition de l'érythème noueux. G. considère donc ce dernier et l'infiltration pulmonaire concomitante comme des manifestations d'infection tuberculeuse primitive.

Chez 48 patients, au cours du premier mois consécutif à l'éruption, G. a constaté une infiltration pulmonaire ou une pleurésie qu'il interprète à juste titre comme un processus tuberculeux actif.

Très intéressant aussi est le grand nombre d'infiltrations périhilaires (22) trouvées. Dans 6 cas seulement l'infiltration affectait le type du « Frühinfiltrat » des Allemands. Les constatations pathologiques au niveau des sommets furent rares. Chez 80 malades, il existait une adénopathie hilaire considérable qui, chez 32 d'entre eux, constituait la seule manifestation radiologique. G. insiste sur la difficulté fréquente qu'on rencontre dans l'interprétation de ces modifications. Pratiquement, il importerait de connaître la fréquence de l'apparition ultérieure de la tuberculose pulmonaire parmi les malades chez lesquels on ne trouve qu'une adénopathie hilaire sans processus pathologiques pleuraux ni pulmonaires au cours des premiers mois consécutifs à l'éruption.

On doit considérer, en règle générale, l'érythème noueux comme une manifestation de tuberculose active. En dehors des preuves tirées de l'existence de processus pulmonaires démontrés, il faut invoquer la positivité de la cuti-réaction chez 46 des 47 malades examinés à une période de la vie où la majeure partie de la population de cette région a une cuti-réaction négative. La plupart des malades de G. étaient de jeunes campagnardes sans antécédents tuberculeux qui présentèrent de l'érythème noueux peu de temps après leur arrivée à la ville. On put souvent établir l'origine de la contamination. L'incubation fut en général de 1 à 3 mois.

Les symptômes généraux et la fièvre précèdent ordinairement de quelques jours l'érythème. Jamais on ne nota d'endocardite ni de chorée concomitantes, non plus que de coïncidence d'angine et de manifestations articulaires; aussi n'y a-t-il aucune raison d'admettre la présence d'une affection rhumatismale.

G. met en parallèle les manifestations articulaires de l'érythème noueux et celles de la maladie du sérum.

4 malades présentèrent de la conjonctivite phlycténulaire et 1 de la tuberculose laryngée.

G. insiste sur la grande valeur diagnostique de 2 signes cliniques d'activité; la fièvre et l'accélération de la sédimentation des hématies, ainsi que sur la nécessité d'une surveillance clinique et radiologique attentive durant le premier mois qui suit l'éruption. Après la disparition de l'érythème, les processus pulmonaires furent l'unique cause responsable de la persistance de la fièvre continuellement croissante et de l'anomalie de la sédimentation.

Les cas rapportés montrent à l'évidence que l'on est obligé de compter avec l'existence d'une tuberculose pulmonaire active chez tout malade atteint d'érythème noueux. Si l'examen radiologique lors de l'éruption ne montre que de l'adénopathie hilaire ou ne décèle aucune modification pathologique, il ne faut pas s'en contenter, mais faire un nouvel examen au bout de quelques semaines.

P.-L. Marie.

H. Hallander (Lindköping). ***Du traitement de l'anémie simple avec achylie par les grosses doses de fer métallique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXII, n° 1-2, 27 Avril 1934). — On a pu isoler dans ces dernières années, sous le nom d'anémie simple achylique, un syndrome caractérisé par une anémie du type secondaire associée à de l'achylie. Fréquemment rencontré en Scandinavie, on le trouve surtout chez la femme, entre 30 et 50 ans.

Il s'accompagne souvent de troubles trophiques, glossite, altération des ongles, teinte grisâtre des téguments.

H. en a observé 22 cas qu'il a traités par différentes préparations ferrugineuses : 7 ont reçu une spécialité à base de fer trivalent tandis qu'on administra aux 15 autres du fer métallique réduit, à la dose de 1 gr. 50 à 3 gr. par jour en 3 fois. Ces derniers malades présentèrent une amélioration bien plus rapide et plus marquée que ceux du premier groupe.

En outre, quelques patients furent traités par le fer réduit associé à l'arsenic, sans qu'on notât de meilleurs résultats qu'avec le fer réduit tout seul.

Enfin, 3 malades qui avaient subi antérieurement une gastro-entérostomie et qui présentaient de l'achylie furent soumis au traitement par le fer réduit qui donna là encore une amélioration rapide.

En définitive, on peut dire que le fer métallique réduit constitue un traitement doué de la même spécificité dans l'anémie simple avec achylie que l'hépatothérapie dans l'anémie pernicieuse.

P.-L. Marie.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

Urbach et **Wolfram.** ***Etudes expérimentales et histologiques sur le virus des pemphigus*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XV, fasc. 2, Avril 1934). — En 1931, Urbach et Reiss ont inoculé au lapin le sang et le liquide des vésicules de 3 cas de pemphigus vulgaire et de 5 cas de dermatite herpétiforme de Duhring. Ils ont déterminé chez ces animaux des crampes tonico-cloniques et ultérieurement une paralysie des extrémités; ils trouvèrent dans le système nerveux central des altérations histologiques d'encéphalomyéloméningite disséminée. Ils concluaient que l'agent des affections du groupe pemphigus était un facteur toxi-infectieux.

U. et W. ont repris ces expériences sur une plus grande échelle : ils ont inoculé le sang et le liquide des bulles de 3 pemphigus vulgaires et de 6 maladies de Duhring à 90 lapins et 3 singes, et ils ont pu reproduire chez l'animal les mêmes phénomènes : parésies, crampes, cachexie; ces symptômes cliniques traduisent des altérations anatomiques très caractérisées d'encéphalomyéloméningite.

On peut transmettre la maladie d'animal à animal, en inoculant soit une émulsion de cerveau, soit le liquide céphalo-rachidien.

Cette inoculation de l'homme à l'animal et de l'animal à l'animal en série parle en faveur d'un agent infectieux du pemphigus, sans doute d'un virus invisible.

U. et W. ont traité 5 malades par la germanine, avec de bons résultats : sur 2 cas de pemphigus, 1 fut très amélioré, l'autre mourut; sur 3 cas de Duhring, 3 furent très améliorés; 5 nouveaux cas furent ultérieurement traités par la germanine (3 pemphigus et 2 Duhring); dans 4 cas (2 pemphigus et 2 Duhring), on obtint des résultats très satisfaisants et durables.

R. Burnier.

Olin. ***A propos des cellules de Lipschütz (centrocytes) dans le lichen plan*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XV, fasc. 2, Avril 1934). — En 1926, Lipschütz avait attiré l'attention sur certaines cellules à microcentre altéré et qui s'observaient d'une façon constante dans le lichen plan et d'autres dermatoses. Il avait édifié un nouveau groupe étiologique de dermatoses infectieuses, les « centrodermatoses », qui seraient cau ées par un virus filtrant, lésant le microcentre.

O. a retrouvé les cellules de Lipschütz dans le lichen plan, mais il les considère comme des histiocytes (ou macrophages libres), dont le protoplasma contient des granulations de grandeur variable et facilement colorables, siégeant surtout entre l'épiderme et le chorion. Les granulations des cellules de Lipschütz sont vraisemblablement des produits de condensation et de désintégration cellulaire.

R. Burnier.

Maschkilleisson, Segal et **Sigalowa.** ***A propos de l'épidermophytie des pieds*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XV, fasc. 3, Juin 1934). — M., S. et S. rapportent 170 cas d'épidermophytie des pieds, observés surtout entre 25 et 50 ans (5 cas chez l'enfant), plus souvent chez la femme (58 pour 100) que chez l'homme (42 pour 100). L'aspect clinique des lésions était dyshidrosiforme dans 83 cas, squameux dans 27 cas, intertrigineux dans 35 cas (avec dans 9 cas une érosion interdigitale épidermophytique); dans 19 cas, la lésion était à la fois dyshidrosique et intertrigineuse; dans 5 cas, squameuse et intertrigineuse, dans 1 cas, hyperkératosique.

Dans 30 pour 100 des cas, on nota l'existence de lésions allergiques à distance, disséminées aux mains, aux bras, à l'épaule, au tronc, au visage, aux fesses, aux hanches, aux mollets. Dans 3 cas, ces épidermophytides étaient généralisées.

La réaction à la triophytine fut trouvée positive dans 96 pour 100 des cas et fortement positive dans 88 pour 100. Dans les cas ne s'accompagnant pas d'épidermophytides, la réaction ne fut trouvée positive que dans 57 pour 100 des cas.

Les champignons habituellement constatés furent l'*epidermophyton gypseum et niveum.*

La réaction alcaline des espaces interdigitaux des pieds est un facteur qui favorise l'apparition de l'affection et ses récidives. La lésion débute souvent après un bain, la réaction acide de la peau étant affaiblie ou supprimée après le savonnage. Dans la salle de bain ou dans les établissements de bains publics, les champignons peuvent se trouver sur le sol, sur les tapis, etc., on les trouve aussi dans les bas, les savates.

On améliore vite, mais on guérit lentement l'épidermophytie des pieds en raison des complications eczémateuses fréquentes. Les pommades acides (ac. salicylique, ac. benzoïque) sont à recommander. Dans 2 cas, M., S. et S. essayèrent un traitement par la tricophytine, sans aucun succès, bien que les réactions allergiques eussent été très marquées.

R. Burnier.

Foldvari. ***Métastase sarcomateuse hépatique de « xeroderma pigmentosum »*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XV, fasc. 3, Juin 1934). — F. rapporte un cas de cette affection d'origine actinique, parfois familiale, qu'il observa chez un enfant né de père inconnu et d'une mère idiote, kleptomane. Les lésions occupaient la majeure partie du corps, en particulier la face, couverte de tumeurs. L'enfant mourut de cachexie à l'âge de 9 ans.

L'examen microscopique d'une tumeur de la joue montra la présence simultanée d'un carcinome et d'un sarcome; le carcinome montra aux points d'envahissement profond la structure d'un basaliome.

Dans le foie, on trouva un foyer différent de la structure hépatique et composé de cellules polymorphes, donnant l'image typique d'un mélanosarcome.

La coexistence de tumeurs différentes, tumeur épithéliale et mélanosarcome, a été rarement observée dans le *xeroderma pigmentosum.*

R. Burnier.

Kogoj. ***La maladie de Mljet (Méléda).*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XV, fasc. 3, Juin 1934). — L'île de Mljet (Méléda) est située dans l'Adriatique, au nord-ouest de Dubrovnik (Raguse), à 10 km. environ de la côte. Elle est peuplée de 2.056 habitants d'origine yougoslave, qui s'adonnent à l'agriculture, à la pêche et à la culture de l'olivier.

C'est chez les habitants de cette île qu'on a décrit cette affection héréditaire et familiale, connue sous le nom de *maladie de Méléda.*

K. en rapporte 9 cas personnels et passe en revue ceux qui ont été publiés dans la littérature.

K. estime que la maladie de Mljet constitue un type spécial de kératome, différent du *keratoma hereditare palmare et plantare* de Unna, contrairement à l'opinion de Darier.

En effet ici, la kératodermie n'est pas limitée aux paumes des mains et aux plantes des pieds; elle progresse lentement pendant des dizaines d'années, envahissant la face dorsale des mains et des pieds, l'avant-bras et la jambe, les coudes et les genoux. Souvent, les ongles sont altérés. L'hérédité est récessive.

K. propose d'appeler ce type *Keratosis extremitatum hereditaria progrediens.*

R. Burnier.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

J. S. Schwarzmann. ***Nouveaux extraits d'origine tissulaire, antispasmodiques, antiasthmatiques et toniflants*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, nº 15, 14 Avril 1934). — S. rappelle qu'il a préparé des extraits musculaires capables d'agir favorablement sur l'irrigation des vaisseaux cérébraux, de favoriser la diurèse, de supprimer l'excitabilité des vasomoteurs et d'agir sur certains symptômes végétatifs. A la suite de ces constatations, S. a été amené à étudier les effets d'extraits cutanés qu'il a utilisés dans 60 cas d'angine de poitrine, d'asthme cardiaque, de névrose végétative, etc. Les résultats ont été également favorables et ont permis notamment de renforcer les effets des extraits musculaires.

Les extraits de plèvre et de poumons ont été utilisés dans 57 cas du même genre et il a été constaté que ces préparations avaient surtout une action antiasthmatique. Ils ont été ensuite utilisés dans une série de cas de lésions des valvules mitrales avec dyspnée, emphysème, etc. Dans quelques cas de dyspnée intense avec insuffisance cardiaque, ces médicaments ont diminué les sensations subjectives de dyspnée mais augmenté l'insuffisance cardiaque.

Ces divers extraits ont une action particulièrement marquée sur les constantes chimiques et notamment sur l'acide lactique du sang, ce qui est important étant donné les troubles de la resynthèse de cet acide observés en cas d'affection cardiaque. De même, on constate une diminution de l'azote résiduel plus ou moins parallèle à une diminution du sucre du sang.

Il ne semble pas que les effets de ces extraits musculaires ou autres puissent être attribués à la choline, à l'histamine ou à l'acide adénosine-phosphorique. Ces extraits doivent agir, en effet, sur l'ensemble du système nerveux végétatif ainsi que sur le système des colloïdes comme le montrent leurs effets diurétiques.

P.-E. Morhardt.

Theo Koller. ***La virulence des germes dans la grossesse, pendant l'accouchement et le post-partum*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, nº 18, 5 Mai 1934). — La recherche bactériologique faite pendant la gestation a montré que ce n'est pas tant la présence de streptocoques ou de staphylocoques que leur faculté de pénétrer dans les tissus vivants de l'hôte qui joue un rôle étiologique au point de vue des infections puerpérales. K. donne le résultat des recherches portant sur plus de 6.000 cas dans lesquels on a étudié la virulence ainsi que le pouvoir bactéricide du sang et des germes non seulement aérobies mais aussi anaérobies.

La technique a consisté à voir si, cultivés dans le sang de la malade, le nombre des colonies de germes aérobies ou anaérobies a tendance à augmenter (virulence positive) ou au contraire à diminuer (virulence négative).

Il a été constaté qu'après accouchement spontané, l'élévation moyenne de la température n'est pas, en cas de virulence positive des germes vaginaux isolés, plus fréquente qu'en cas de virulence négative. Par contre, la fréquence des complications génitales inflammatoires au cours de l'accouchement s'est élevée au nombre de 3 sur 174 cas en cas de virulence négative et à 4 sur 36 en cas de virulence positive.

Après accouchement terminé opératoirement (césarienne ou intervention vaginale), les élévations moyennes de température sont plus fréquentes quand la virulence est positive (9,1 pour 100) que quand elle est négative (0,6 pour 100).

La fréquence et la sévérité des complications génitales inflammatoires sont également beaucoup plus grandes en cas de virulence positive (13 sur 21 cas) qu'en cas de virulence négative (7 sur 24 cas).

P.-E. Morhardt.

Robert Flinker. ***Pellagre et paralysie bulbaire progressive*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, nº 18, 5 Mai 1934). — Chez un homme de 53 ans, il a été observé les symptômse typiques d'une paralysie bulbaire progressive intéressant le domaine du facial supérieur. En outre, chez ce malade, on a constaté des symptômes de pellagre et d'abord des altérations cutanées: lichénification de la nuque, atrophie du dos de la main et du dos du pied, hyperkératose au niveau des articulations interphalangiennes et dans les régions situées en arrière du grand trochanter. Il existe également des troubles gastro-intestinaux (gêne gastrique, diarrhée, etc.). Quant aux troubles nerveux, ils ne peuvent pas être facilement définis chez ce malade qui provient d'ailleurs d'une région de la Bukowine où la pellagre est endémique.

Il y a lieu de noter à ce sujet que certains auteurs comme Lukacs et Fabinyi, Rezza, Kleiminger, Bonhoeffer, Chotzen, etc., décrivent, en cas de pellagre, des troubles bulbaires plus ou moins nets: difficulté de la déglutition, voix nasonnée avec troubles de l'articulation des mots, parler indistinct, etc. F. a d'ailleurs eu, à plusieurs reprises, l'occasion de voir des troubles de la déglutition, surtout dans les cas de pellagre avancée.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

A. Courtois et Mme **Y. André.** ***Le liquide céphalo-rachidien xanthochromique*** (*Annales médico-psychologiques*, t. XCII, série 2, n° 4, Avril 1934). — Séméiologie du syndrome « xanthochromie » du liquide céphalo-rachidien, l'une des modifications visibles les plus fréquemment observées en psychiatrie, d'après 60 observations.

12 cas de xanthochromie ont été observés chez des artériopathiques (après ictus), 11 chez des traumatisés du crâne, 10 dans des méningites aiguës, 10 dans des encéphalites aiguës ou suraiguës, 9 chez des alcooliques. C. et A. rapportent en outre des cas de xanthochromie dans les tumeurs cérébrales, l'éclampsie, dans une hémorragie méningée curable des adolescents.

Le liquide xanthochromique est à distinguer du liquide céphalo-rachidien ictérique, dont les modifications chimiques et biologiques n'ont pas encore été précisées. Le liquide hémorragique est hypertendu, son albuminose est augmentée, la réaction de Pandy positive, la leucocytose élevée; le benjoin précipite dans la zone méningitique; réaction du parégorique souvent positive.

La xanthochromie offre une signification pronostique fâcheuse dans les méningites, les encéphalites et les tumeurs; de même la lenteur de sa disparition après une hémorragie, un ictus.

G. d'Heucqueville.

A. Donnadieu et **P. Loo.** ***La pyrétothérapie soufrée dans la démence précoce*** (*Annales médico-psychologiques*, t. XCII, série 2, n° 5, Mai 1934). — Les observations, citées dans ce travail, se répartissent ainsi : quelques cas de guérison complète ou d'améliorations importantes, de nombreux cas d'amélioration légère ou sans amélioration.

D. et L. administrent l'huile soufrée, à 1 pour 100 et 2 pour 100, en injections intra-musculaires hebdomadaires, aux doses progressives de 1, 2, 3 cmc, etc..., jusqu'à 10 cmc. La température s'élève de 5 à 10 heures après l'injection.

Les formes aiguës, jeunes, avec excitation, paraissent les plus favorables. Des réactions violentes permettent des espoirs plus souvent justifiés.

G. d'Heucqueville.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE
(Paris)

L. Bugnard, P. Gley et **R. Nouguès.** ***Nouvel appareil de mesure et d'inscription de la pression artérielle basé sur l'emploi du quartz piézoélectrique*** (*Journal de physiologie et de pathologie générale*, t. XXXII, n° 1, Mars 1934). — Après avoir souligné les inconvénients des manomètres à liquides et des manomètres élastiques, B., G. et N. exposent un procédé capable de fournir une courbe vraie, non déformée de la pression artérielle, basé sur l'emploi d'un phénomène physique non encore utilisé par les physiologistes, la piézoélectricité.

Dans ce procédé le seul organe mobile est le miroir de l'oscillographe qui permet l'inscription optique des variations de pression ; l'organe intermédiaire entre le vaisseau et l'oscillographe est un cristal de quartz piézoélectrique. On sait que si l'on soumet une lame de quartz piézoélectrique, lame de quartz parallélipipédique taillée dans un cristal de quartz de façon à avoir deux faces normales à l'axe optique, deux faces normales à un axe électrique et deux faces à la fois parallèles à l'axe optique et à l'un des axes électriques du cristal, à une pression perpendiculaire à l'axe optique et à l'axe électrique, on observe, sans déformation élastique appréciable du quartz, un dégagement d'électricité polaire aux deux extrémités de l'axe électrique se traduisant par une différence de potentiel entre les deux faces du cristal normales à cet axe. Deux feuilles d'étain collées sur ces deux faces de la lame constituent les deux armatures d'un condensateur capable de se charger lui-même lorsque varient les pressions supportées par la lame de quartz. La différence de potentiel entre les deux armatures est à chaque instant proportionnelle à la pression supportée. Les modifications électriques sont amplifiées par un amplificateur spécial à lampes et transmises à un oscillographe électromagnétique à inscription optique.

B., G. et N. ont recueilli chez le chien une série de courbes de la pression carotidienne dont ils étudient les caractères. Ils pensent que l'on peut ainsi enregistrer des courbes vraies, non déformées de cette pression, avec la valeur exacte de tous ses moments, ce qui permettra sans doute de résoudre certains problèmes d'hémodynamique.

P.-L. Marie.

A. Lumière et **S. Sonnery.** ***La nocivité de l'insolation chez les rongeurs et la mort par coup de chaleur*** (*Journal de physiologie et de pathologie générale*, t. XXXII, n° 1, Mars 1934). — Les rongeurs exposés à la lumière solaire périssent rapidement. Remlinger et Bailly pensent que le mécanisme intime des troubles observés est fort complexe et qu'au facteur hyperthermie doivent s'ajouter, pour le moins, un facteur lumière et un facteur chimique. Par contre, pour Richet fils, ce sont les radiations calorifiques qui tuent. L. et S. se sont efforcés d'élucider la pathogénie des accidents attribués à l'insolation et, tout d'abord, d'établir la part respective des radiations lumineuses et des radiations calorifiques dans les accidents. Leurs expériences montrent, comme celles de Richet fils, que la lumière n'est pour rien dans la nocivité de la radiation. Dépouillée de rayons calorifiques, elle est inoffensive. C'est la radiation calorifique qui est l'agent nuisible, comme le prouvent les expériences faites avec les rayons infrarouges.

Quant à la sensibilité si spéciale des rongeurs à l'insolation, au « coup de chaleur », elle s'explique par l'insuffisance de leurs fonctions sudorales et par leur inaptitude à la polypnée thermique qui constituent les deux principaux moyens dont les espèces résistantes disposent pour abaisser leur température et compenser les effets d'échauffement par les différents foyers calorifiques quelles qu'en soient l'origine et la nature.

La cause de la mort par hyperthermie paraît résider, non pas dans l'hyperthermie centrale, mais dans les modifications colloïdales subies par les liquides humoraux sous l'influence de la chaleur.

P.-L. Marie.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Paris)

M. Péhu et **J. Rougier** (Lyon). ***Etude clinique de la syphilis broncho-pulmonaire dans la première enfance*** (*Revue française de pédiatrie*, t. X, n° 3, 1934). — Envisagées dans l'enfance tout entière les déterminations broncho-pulmonaires engendrées par la syphilis congénitale revêtent des types très différents.

1° *Chez le fœtus* et *chez le nouveau-né*, elles sont représentées par la *pneumonie blanche*, type Virchow, ou par des gommes plus ou moins abondantes. Si elles sont étendues, intenses, elles entraînent la mort du fœtus *in utero* ou bien elles ont pour conséquence une mort rapide, après la naissance, au bout de quelques jours durant lesquels les manifestations cliniques ont consisté dans de la dyspnée et de la cyanose, souvent accompagnées des signes cutanés, muqueux ou viscéraux ou osseux, de la syphilis congénitale. Ce sont là des faits que l'on connaît bien.

2° On sait aussi qu'*au cours de la deuxième enfance*, c'est-à-dire à partir de 3 ans, on commence à observer les signes fonctionnels et radiographiques de la *dilatation vraie*, type Laennec.

3° Une observation attentive portant sur 11 ans de recherches hospitalières a permis à P. et à R. de relever *durant la première enfance*, envisagée de la naissance à la fin de la deuxième année, 14 cas de petits malades chez qui l'examen clinique ou l'autopsie a permis de déceler une variété particulière de pneumopathie syphilitique, laquelle n'est pas de la pneumopathie blanche, ni de la dilatation bronchique constituée, classique.

Cette forme, compatible avec une survie prolongée, peut donner naissance à des manifestations cliniques d'un diagnostic difficile. Elle peut être confondue avec une broncho-pneumonie prolongée ou avec une tuberculose broncho-pulmonaire. Les *formes larvées* peuvent prendre le masque d'adénopathies trachéo-bronchiques, de kystes aériens, de réactions pleurales, d'asthme; souvent, il s'agit de *formes latentes*.

Quoi qu'il en soit, P. et R. estiment que ces formes représentent la première étape, seulement anatomique, de la dilatation bronchique. L'autre étape, cliniquement caractérisée, se déroule dans la deuxième enfance.

G. Schreiber.

Axente Jancou (Cluj). ***La viande dans l'alimentation des enfants du premier âge*** (*Revue française de pédiatrie*, t. X, n° 3, 1934). — L'alimentation des enfants du premier âge a subi en ces dernières années des variations qui contrastent avec les données classiques. Dans beaucoup de pays, il est recommandé, pour les bébés de constitution délicate particulièrement, de compléter le lait de la mère, dès le 3° mois, par des aliments variés.

J. insiste surtout sur les bons résultats qu'il a obtenus par l'administration de *pudding de foie exempt de lait* préparé ainsi: on mélange 80 gr. de farine de biscottes en poudre fine avec 1 gr. de sel, 1 gr. 1/2 de bicarbonate de soude et 200 cmc d'eau. On ajoute ensuite un jaune d'œuf avec 40 gr. de sucre et un blanc d'œuf battu jusqu'à l'apparition d'une mousse visible.

100 gr. de foie de veau sont bouillis, d'autre part, avec un peu d'eau salée, écrasés, passés au tamis et ainsi mélangés au pudding. On met le

Désinfection de la Cavité Bucco-pharyngée par les

PASTILLES DE GONACRINE

PRÉVENTION & TRAITEMENT

DES stomatites
pharyngites
angines
amygdalites

INFECTIONS A PORTE D'ENTRÉE BUCCO-PHARYNGÉE

POSOLOGIE

1 à 2 pastilles par heure
Dose maxima pour un adulte
20 pastilles par 24 heures

PRÉSENTATION

Boîte de 40 pastilles dosées
à 0gr.003 de GONACRINE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE
21, Rue JEAN-GOUJON - PARIS (VIIIe)



tout dans un plat enduit de beurre, on poudre de farine de biscottes, on couvre bien et on laisse cuire une demi-heure au bain-marie. On passe encore au tamis et on sert.

J. emploie depuis plusieurs années ce pudding au foie comme élément du régime varié précoce administré aux tout petits. Les résultats ont été très favorables sur la courbe pondérale et sur le développement de la taille. Des états fébriles et subfébriles ont été guéris ou atténués. Dans 2 cas, J. a noté une heureuse influence sur des lésions d'eczéma. Les selles de 12 nourrissons sont restées normales ou le sont devenues; elles ont été améliorées chez 4 autres.

G. Schreiber.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

B. Ercklentz. ***Etude de l'hypoglycémie spontanée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 15, 13 Avril 1934). — Les utilisations multiples de l'insuline ont fait connaître un tableau clinique constitué par des phénomènes vasomoteurs, psychiques et nerveux qui caractérisent l'hypoglycémie artificielle. L'attention a été ainsi attirée sur un syndrome semblable survenant spontanément chez certains sujets en rapport avec une hypoglycémie spontanée idiopathique, parfois dénommée hyperinsulinisme.

L'étude expérimentale et clinique de ces faits a montré qu'ils ne se produisent pas chez des sujets normaux, mais seulement sur un terrain spécial avec manifestations neuro-végétatives, et troubles neurasthéniques. Les crises d'hypoglycémie spontanée apparaissent donc comme des manifestations constitutionnelles.

Expérimentalement, ces sujets présentent une chute glycémique exceptionnellement rapide après administration orale ou intraveineuse de levulose. On ne note pas chez eux de parallélisme net entre le degré de l'hypoglycémie et ses manifestations cliniques.

Le traitement habituel de ces accès pénibles consiste dans l'administration d'hydrate de carbone et il est bon de recommander à ces malades d'emporter toujours avec eux des aliments sucrés. Des cas rares ont été cependant signalés chez lesquels l'administration simultanée de médication neurovégétative (éphétonine, adrénaline, sympathol) et de substances hydrocarbonées était indispensable pour élever le taux glycémique.

G. Dreyfus-Sée.

E. Hassencamp. ***L'action de la respiration artificielle sur la circulation sanguine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 15, 13 Avril 1934). — Le traitement des troubles circulatoires a fait depuis quelques années des progrès considérables dus à l'application des connaissances physiologiques nouvelles qui ont montré que nombre de facteurs intervenaient à côté de la contraction myocarditique systolique.

En particulier, l'importance de la circulation pulmonaire a été soulignée.

Entre la respiration et la circulation s'effectuent des échanges gazeux bien connus, mais, en outre, des relations directes existent, telles que l'excitation du flux veineux par les modifications de pression intrathoracique et les contractions veineuses synchrones des mouvements respiratoires.

L'étude des modifications artificielles de la respiration permet de répartir les diverses influences respiratoires en deux groupes : les unes amenant une hyperpression, les autres hypotensives. Les dernières surtout paraissent avoir une importance clinique.

Des expériences ont été instituées sur des sujets bien portants, atteints d'affections circulatoires ou pulmonaires soumis à l'influence des épreuves de respiration restreinte (limitation de l'inspiration à l'aide du masque de Kuhn, avec liberté expiratoire), d'hyperventilation oxycarbonée, de respiration artificielle avec régularisation par pression abdominale à l'aide du biomoteur de Eisenmenger.

Dans l'ensemble, on observe un abaissement de la pression correspondant à une meilleure circulation veineuse. Les insuffisants respiratoires soumis à une hyperventilation excessive peuvent présenter une élévation de leur tension veineuse.

Les principales indications de la respiration artificielle sont constituées par les insuffisances circulatoires, en particulier celles du cœur droit, les cœurs gras des obèses, les syndromes digestifs à retentissement cardiaque, les stases veineuses avec tendance aux thromboses.

Les malades présentant une forte décompensation doivent être tout d'abord soumis au traitement digitalique. On sera particulièrement prudent en ce qui concerne les emphysémateux et les asthmatiques. Enfin, le biomoteur serait spécialement recommandable pour les applications de la respiration artificielle aux alcooliques et aux intoxiqués.

G. Dreyfus-Sée.

E. Gebhardt et **J. Richter.** ***La périodicité des ulcérations digestives*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 15, 13 Avril 1934). — L'examen radiologique systématique des malades pratiqué depuis de nombreuses années met en évidence l'augmentation de nombre des sujets atteints d'ulcères digestifs, à certaines périodes. Les fluctuations de la courbe numérique des ulcéreux paraissent saisonnières, et, en outre, les malades signalent fréquemment une augmentation de leurs troubles pathologiques correspondant également à certaines époques annuelles.

Des tableaux statistiques relevant les cas d'ulcus observés au cours des dernières années montrent nettement ces variations. La prédominance des ulcères duodénaux sur les ulcères gastriques s'affirme de plus en plus de 1927 à 1933 et le nombre total des malades croît également, cette fréquence plus grande étant peut-être attribuable au perfectionnement des procédés de diagnostic. Le maximum saisonnier correspond aux mois d'automne et d'hiver (Septembre à Janvier), avec une seconde poussée au printemps (Février à Mai). Cette absence de correspondance avec les saisons astronomiques peut être un argument en faveur de la théorie des saisons biologiques exposée par Lang.

Chez un certain nombre de malades (360), une périodicité analogue peut être signalée en ce qui concerne le retour ou l'exacerbation des signes subjectifs et même les variations de la courbe d'acidité.

G. Dreyfus-Sée.

BRUNS' BEITRAGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE (Tübingen)

Mörl. ***La résection pour exclusion dans les ulcères gastro-duodénaux et ses résultats éloignés*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 4, Avril 1934). — La résection pour exclusion trouve ses indications soit dans l'état général des malades, soit dans l'état local des lésions (siège élevé des lésions dans les ulcères gastriques, adhérences postérieures dans les ulcères duodénaux).

Dans l'étude des résultats, il faut étudier séparément les cas où la résection pour exclusion est appliquée aux ulcères du duodénum et ceux où elle est appliquée aux ulcères gastriques.

Résection pour exclusion dans les ulcères du duodénum: sur 131 cas provenant de la clinique de Schloffer, la mortalité a été de 5,3 pour 100 et si l'on soustrait 14 cas d'ulcères perforés traités ainsi la mortalité s'abaisse à 4,3 pour 100; 5 morts sur 117 cas.

Causes de la mort: collapsus cardiaque. Abcès sous-phrénique. 2 morts par pneumonie. 1 mort par péritonite par insuffisance de suture au niveau du moignon duodénal.

Deux malades sont morts dans un délai de 3 ans après l'intervention par affection intercurrente, sans troubles gastriques.

14 malades n'ont pas été retrouvés.

78 malades, soit 72 pour 100, peuvent être considérés comme entièrement guéris depuis 3 ans au moins.

18 malades, soit 17 pour 100, présentent de légères douleurs, mais peuvent continuer leur travail.

10 malades, soit 9 pour 100, sont améliorés, mais présentent encore de vives douleurs et sont très diminués dans leur activité.

2 malades, soit 2 pour 100, ont de mauvais résultats.

Résection pour exclusion dans l'ulcère gastrique haut situé: dans les cas d'ulcère inextirpable par suite du siège élevé des lésions, on peut soit se contenter de refermer la paroi, sans rien faire, ou, au contraire, tenter la résection pour exclusion. Les dangers de cette intervention sont les risques de perforation ou d'hémorragie secondaire, et surtout les risques de cancérisation secondaire de l'ulcère; étant donné que les lésions sont inextirpables, il n'y a rien d'autre à tenter, car M. reconnaît que dans tous les cas où la résection est possible il est bien préférable d'y avoir recours.

Dans 5 cas où la résection paraissait impossible, on a eu recours à la résection palliative de l'antre et ces 5 malades ont été très satisfaits du résultat de l'intervention. 3 ont pu être examinés à distance à la radiographie et la niche avait disparu. Parmi ces malades, on avait pratiqué sans résultat chez 2 d'entre eux une gastro-entérostomie auparavant. La résection pour exclusion paraît donc dans ces cas supérieure à la gastro-entérostomie.

J. Sénèque.

Hanser. ***Sur la thrombo-angéite oblitérante*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 4, Avril 1934). — Il s'agit d'un intéressant article avec 3 observations extrêmement complètes de maladie de Buerger à évolution mortelle chez des hommes de 43, 38 et 37 ans.

Dans le premier cas, on peut considérer que la mort a été consécutive à l'évolution des troubles gangreneux du membre inférieur, alors que dans les deux autres cas les malades sont morts brusquement avec des symptômes d'angine coronarienne. L'autopsie de ces malades et les coupes histologiques des vaisseaux ont montré que les lésions étaient extrêmement étendues sur le système vasculaire et que la gangrène juvénile n'était pas uniquement localisée sur le territoire artériel des membres inférieurs, l'angéite oblitérante qui a très probablement à sa base une lésion inflammatoire atteignant à la fois le cœur et les vaisseaux. La surrénalectomie, préconisée par certains, paraît alors illogique, car si l'adrénaline provoque la constriction vasculaire périphérique, elle dilate au contraire les vaisseaux coronaires.

J. Sénèque.

Vosz. ***Sur l'anastomose artério-veineuse*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 4, Avril 1934. — Dans 4 cas de gangrène des membres inférieurs, au stade initial, V. a essayé d'arrêter l'évolution des lésions en pratiquant l'opération de Wieting, c'est-à-dire l'anastomose artério-veineuse, mais en utilisant la modification préconisée par Coenen qui consiste à anastomoser bout

à bout l'artère fémorale avec la veine saphène dans la région du triangle de Scarpa.

Les 4 cas opérés concernent 2 hommes de 70 et 73 ans et 2 femmes de 68 et 74 ans; il s'agissait de gangrène sénile et dans 2 observations les malades étaient en même temps diabétiques. V. considère que l'intervention a été pratiquée deux fois avec avantages et deux autres fois sans résultat, mais en lisant ces observations on se rend compte qu'il s'agit en réalité de 4 échecs. En effet, si dans ses deux premières interventions l'anastomose a pu être réalisée et s'est maintenue, cela n'a pas empêché l'évolution des lésions et il a fallu dans les 2 cas pratiquer l'amputation de jambe au lieu d'élection après l'anastomose artério-veineuse. Dans les 2 derniers cas, l'anastomose a été très difficile à exécuter à cause de la calcification artérielle et il y a eu thrombose secondaire au niveau de la suture.

J. Sénèque.

Horsch. ***Sur un cas d'œdème éléphantiasique d'origine névropathique*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 5, Mai 1934). — H. rapporte un cas d'œdème éléphantiasique du dos de la main gauche, mais il paraît difficile d'accepter la nature purement névropathique adoptée par H. et on peut se demander si une infection atténuée, jointe à une attitude spéciale, n'était pas plutôt à la base de cette lésion: une jeune fille de 27 ans ayant présenté des antécédents hystériques et des œdèmes passagers du pied et de la jambe gauches, puis de la face dorsale de la main droite, voit apparaître à l'âge de 26 ans un œdème très net au niveau du poignet. L'interrogatoire familial permit d'apprendre que la malade laissait pendant la nuit son bras pendre hors du lit dans le but d'entretenir la lésion et d'éviter tout travail. Sous l'influence d'une thérapeutique persuasive, en maintenant une position élevée du bras et de la main gauches pendant la nuit, en pratiquant des massages sous l'eau, des mouvements actifs, l'œdème disparut complètement.

H. discute divers diagnostics: l'éléphantiasis, la dermite bulleuse, l'œdème de Quincke et arrive au diagnostic d'œdème hystérique.

En réalité, on peut se demander si cette malade, qui cherchait à entretenir sa lésion par la position pendante du membre supérieur hors du lit pendant la nuit, n'adjoignait pas en même temps une striction légère juste au-dessus du poignet, ce qui expliquerait alors la limitation nette et la zone d'œdème au niveau de la face dorsale de la main et des doigts. H. n'envisage pas cette hypothèse, et nous avons jadis observé un cas où le stratagème avait été utilisé pour simuler un œdème segmentaire.

J. Sénèque.

Herzog. ***Sur le sarcome primitif des côtes; diagnostic précoce et diagnostic différentiel*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 5, Mai 1934). — Au niveau des côtes le diagnostic de tumeur osseuse ne mérite pas d'être conduit d'une autre façon que pour le reste du squelette.

On éliminera la tuberculose, la syphilis, l'ostéomyélite, la lymphogranulomatose des côtes, les exostoses, chondromes, myélomes puis les tumeurs de voisinage telles que les anévrysmes, kystes hydatiques, actinomycose qui peuvent se développer au contact des côtes et même les éroder. On songera aux métastases osseuses de cancers glandulaires et si l'on ne trouve rien on s'arrêtera au diagnostic d'ostéosarcome primitif des côtes.

A part le sarcome d'Ewings, qui donne précocement des métastases osseuses, les autres variétés d'ostéosarcome ne se colonisent qu'exceptionnellement dans l'os. Il n'est guère possible au niveau des côtes de décrire une forme à début périphérique et une forme à début central; le diagnostic radiologique se pose surtout en présence d'une fracture spontanée ou d'une perte de substance avec véritable destruction de l'os. On ne trouve presque jamais au niveau des côtes un gonflement localisé de l'os, mais simplement un soulèvement du périoste sans réaction osseuse.

Les métastases des ostéosarcomes costaux sont relativement tardives. Les sarcomes primitifs des cartilages sont rares.

En cas de diagnostic hésitant, on aura recours à la biopsie.

H. a joint 10 radiographies à son article, mais elles ne sont, à mon avis, pas très démonstratives.

J. Sénèque.

Willing. ***Sur le traitement de l'hypertrophie prostatique*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 6, Juin 1934). — De 1912 à 1932, 750 affections prostatiques ont été traitées à la clinique de Stick (de Gottingen). Ces cas se subdivisent en: adénomes (626), cancers (100), abcès (9), prostatites (5), atrophies (9), tuberculose (1).

Sur 626 hypertrophies, 259 soit 41 pour 100 n'ont pas été justiciables de l'intervention chirurgicale et 367 soit 59 pour 100 ont été opérées: une cystostomie simple a été faite 65 fois et la prostatectomie a été exécutée 288 fois par voie suspubienne, 13 fois par voie périnéale.

Sur 259 cas non opérés, 57 malades sont morts soit 22 pour 100. Sur 367 cas opérés, on note 75 décès soit 20 pour 100.

Les décès se répartissent comme suit:

65 cystostomies avec 24 morts = 37 pour 100.

288 prostatectomies sus-pubiennes avec 47 morts = 16 pour 100.

13 prostatectomies périnéales avec 3 morts = 23 pour 100.

Parmi les 288 malades opérés par voie suspubienne, 205 soit 71,2 pour 100 sont arrivés au stade de rétention complète aiguë.

L'indication opératoire a été posée sur l'état du fonctionnement rénal et la durée du traitement pré-opératoire a été de: 10 jours dans 144 cas; de 20 jours dans 79 cas, de 30 jours dans 19 cas et au delà de 30 jours dans 46 cas.

Sur 13 malades opérés par voie périnéale, le résultat final n'a été bon que dans 6 cas; 4 sont restés fistuleux et 3 sont morts; la durée du traitement post-opératoire a été plus longue que dans les interventions par voie suspubienne. Le début de l'intervention a toujours été pratiqué sous anesthésie locale et la prostatectomie sous anesthésie générale au chlorure d'éthyl-éther. Le tamponnement de la loge prostatique n'a pas été systématique, mais pratiqué uniquement dans les cas où il paraissait utile.

Après la prostatectomie en un temps, le temps de guérison a été dans 46 cas au-dessous de 20 jours, dans 95 cas aux environs de 30 jours, dans 99 cas au-dessus de 30 jours.

Parmi les complications bénignes, l'épididymite a été la plus fréquente; après avoir utilisé la ligature préventive des déférents, cette technique a été ensuite abandonnée.

Le chiffre de 47 morts sur 288 cas peut paraître élevé, mais les malades sont le plus souvent arrivés dans un état précaire et 15 sont morts de pneumonie, 10 de lésion cardiaque, 7 par embolie, 7 par urémie, 7 de pyélonéphrite, 2 par péritonite, 2 de phlegmon, 1 par hémorragie.

J. Sénèque.

Kienböck. ***Sur la maladie de Paget et les tumeurs parathyroïdiennes*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 6, Juin 1934). — K. discute au début de cet article les théories uniciste et dualiste en ce qui concerne la maladie de Paget et celle de Recklinghausen, et conclut en faveur de la théorie dualiste.

L'intérêt de cet article réside dans l'observation très détaillée qu'il rapporte et qu'il discute; or, *cette observation est celle du malade opéré par Mandl*, en 1925, sous la dénomination d'ostéite fibreuse généralisée type Recklinghausen pour laquelle Mandl pratiqua la première parathyroïdectomie. K., en examinant ce malade après avoir fait pratiquer de nombreuses radiographies, conclut *qu'il ne s'agissait pas dans le cas de Mandl d'une maladie de Recklinghausen, mais bien d'une maladie de Paget.*

Nous résumons rapidement les phases initiales de cette observation devenue classique:

Chez un homme de 38 ans, présentant une ostéite fibreuse généralisée, Mandl, après avoir tenté la greffe de 4 parathyroïdes dans le tissu parapéritonéal, intervient ensuite dans la région cervicale et découvre une tumeur parathyroïdienne dont l'examen histologique montra la nature adénomateuse.

Il y eut une amélioration post-opératoire indiscutable. Le malade fut revu par K. à la clinique de Hochenegg, 4 ans après l'intervention, à l'âge donc de 42 ans: il persiste des lésions très accentuées sur la partie gauche du bassin; toute l'extrémité supérieure du fémur gauche jusqu'à la partie moyenne de la diaphyse présente des formations kystiques. Sur le genou droit, l'extrémité inférieure du fémur est incurvée en avant et épaissie, avec des zones porotiques et des zones hypercalcifiées. Il existe une légère décalcification sur les extrémités tibiales. Au niveau du pied gauche, l'astragale est tassé, épaissi et paraît être le siège d'une ancienne fracture consolidée. Le même diagnostic est maintenu.

Le malade est revu à nouveau par K., le 7 Avril 1933, donc 8 ans après l'intervention de Mandl, à l'âge de 46 ans: aggravation depuis 1932; coliques néphrétiques; la radiographie montre des calculs dans le rein et l'uretère droits. Le malade ne peut plus marcher qu'avec des béquilles à cause des faiblesses et des douleurs dans les deux jambes. De nouvelles radiographies montrent que les altérations osseuses sont encore plus accentuées, principalement sur la moitié gauche du bassin et le tiers supérieur du fémur du même côté: ce sont des lésions diffuses d'ostéoporose, les formations kystiques tendant à disparaître; mais, outre les lésions du genou droit et de l'astragale gauche, de nouvelles altérations sont survenues sur la colonne vertébrale (modifications de structure sur la colonne lombaire principalement et fracture par compression); altérations sur le fémur et le bassin droits. D'une manière générale, l'état s'est très aggravé avec accentuation des douleurs et des lésions ostéoporotiques. Une nouvelle exploration par Mandl, de la région cervicale, n'a montré aucune tumeur parathyroïdienne; résection d'une partie des lobes thyroïdiens dans lesquels on a trouvé 2 parathyroïdes normales. Dernier examen le 13 Décembre 1933; l'état continue à s'aggraver.

D'après K., il s'agit d'une forme porotique de la maladie de Paget et le diagnostic de maladie de Recklinghausen a été une erreur.

J. Sénèque.

Wanke et Weselmann. ***Sur les traumatismes craniens ouverts*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIX, n° 6, Juin 1934). — W. et W. publient les résultats d'une statistique de 169 traumatismes craniens ouverts, traumatismes de la pratique civile; les fractures ouvertes par balles de revolver provenant le plus souvent de tentatives de suicide sont exclues de cette statistique.

Les cas sont divisés en 3 groupes:

Fractures ouvertes du crâne avec ouverture de l'os, de la dure-mère et lésions cérébrales.

Fractures ouvertes avec lésion de l'os et de la dure-mère, sans lésion cérébrale.

Fractures ouvertes sans lésion dure-mérienne ni cérébrale.

Le premier groupe comprend 59 cas dont: 27 cas désespérés parmi lesquels: 7 sont morts sans avoir été opérés; 20 ont été opérés. Ces 20 malades sont morts de contusion cérébrale, 14 de 24 à 36 heures après l'opration; 6 de 3 à 4 heures après l'intervention.

32 cas opérables dont 8 morts post-opératoires (7 cas de méningite purulente et 2 cas de pneumonie de déglutition).

24 ont guéri après l'intervention.

Dans tous les cas opérés, l'intervention a consisté en une désinfection des tissus, ablation des fragments osseux, nettoyage et suture primitive de la dure-mère avec plastie, quand cela a été rendu obligatoire; dans tous les cas donc, la fracture ouverte a été transformée en fracture fermée.

Sur les 24 cas guéris, on a observé 6 fois une infection sévère de la plaie, sans évolution mortelle.

En ce qui concerne les résultats éloignés, sur ces 24 cas, 6 n'ont pu être retrouvés; il reste donc 18 cas:

11 malades (dont 5 enfants) sont complètement guéris; 2 présentent de légères douleurs.

Ces *13 malades* peuvent accomplir leur travail intégralement ou presque.

3 malades présentent des céphalées importantes, mais peuvent travailler; 2 d'entre eux sont atteints de crises légères et rares d'épilepsie à type Bravais-Jackson.

2 malades enfin sont atteints d'épilepsie post-traumatique manifeste.

Groupe II. — Ce groupe comprend 26 cas avec 2 morts immédiates, 4 morts post-opératoires et 20 malades guéris.

Dans ces cas également, il y a eu, après désinfection et régularisation de la plaie osseuse, suture primitive et de la dure-mère.

Sur les 20 cas guéris, 2 malades n'ont pu être retrouvés, 3 sont décédés d'une affection intercurrente, un malade présente une hémiplégie spasmodique (40 pour 100 de rente), 2 sont atteints d'épilepsie à type Bravais-Jackson; 12 demeurent en parfait état.

Groupe III. — 84 cas avec 28 décès et 56 guérisons.

Sur les 28 décès, on note 20 morts immédiates et 8 morts post-opératoires (6 cas de méningite, 2 cas de contusion, 1 cas de broncho-pneumonie).

Sur les 56 cas guéris, 16 malades n'ont pu être retrouvés. Sur les 40 cas revus: 28 guérisons, 5 décès par maladie intercurrente, 4 cas ayant entraîné une rente de 20 à 25 pour 100, 1 cas d'invalidité partielle, 1 cas d'épilepsie post-traumatique, 1 cas de suicide par dépression psychique.

J. Sénèque.

Winterstein. ***Sur l'anesthésie rachidienne avec la percaïne légère (solution hypobare à 1 pour 1.500 d'arpès Jones)*** [*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLX, n° 1, Juillet 1934]. — W. expose, au début de l'article, le principe de la méthode, en utilisant pour l'anesthésie rachidienne la solution faible de percaïne en solution hypobare à 1 pour 1.500 mélangée à 0,5 pour 100 de chlorure de sodium; le principe de la technique est basé sur le fait que cette solution est plus légère que le liquide céphalo-rachidien.

W. décrit ensuite la technique de l'injection qui se fait en position latérale inclinée et la solution peut être injectée soit en une seule fois, soit par doses fractionnées suivant la méthode de Seebrecht.

En 10 mois, W. a pratiqué ave cette solution 350 anesthésies rachidiennes. Avec une quantité de 12 à 18 cmc, la durée de l'anesthésie oscille entre 2 et 4 heures.

Les doses à utiliser sont les suivantes: région sus-ombilicale: 15 à 18 cmc; région ombilicale: 12 à 16 cmc; intervention sur le rein: 14 cmc; zones herniaires: 10 à 12 cmc; membres inférieurs: 10 à 12 cmc.

Les vomissements apparaissent dans 10 pour 100 des cas au bout de 20 à 30 minutes; il faut encore signaler une légère cyanose, une difficulté respiratoire par paralysie des intercostaux, la dilatation des corps caverneux, une augmentation du péristaltisme intestinal et la possibilité de défécation lors de l'intervention, ce qui doit être prévenu par une bonne évacuation préopératoire du tube digestif.

La dose doit être injectée en une ou plusieurs fois suivant que le malade est ou non rachi-sensible. Le malade sensible réagit déjà après la piqûre de scopolamine-morphine; après la ponction lombaire, il y a chute de la pression sanguine et de celle du liquide céphalo-rachidien; dans ces cas, l'injection doit être fractionnée.

Dans les autres cas, l'injection peut être faite en une seule fois et il est inutile de recourir à l'éphédrine.

Il ne semble pas que l'anesthésie rachidienne modifie en quoi que ce soit la puissance du myocarde; la comparaison entre 3 séries de 40 interventions sur l'estomac après anesthésie rachidienne, anesthésie locale, anesthésie générale, a montré que le pouls se maintenait de façon égale dans les premiers jours après l'intervention.

Les incidents sont rares; M. a observé 3 cas de collapsus cardiaque avec chute brusque de la pression provenant de ce que la position de Trendelenburg n'avait pas été suffisante. Aucun cas mortel n'a été observé; aucune paralysie vésicale, intestinale ou des membres inférieurs. Dans un cas, il y a une légère paralysie sensitive sur la face externe de la cuisse par piqûre d'une racine sensitive lors de la ponction lombaire.

Dans les suites post-opératoires, les *céphalées* sont les plus fréquentes: 22 pour 100 des cas. Dans la moitié des cas elles ne durent que quelques heures; dans 5,3 pour 100 des cas elles ont duré de 2 à 4 jours; et dans 1,7 pour 100 des cas leur durée a été plus longue.

J. Sénèque.

THE LANCET
(Londres)

L. Snapper. ***Le traitement de la tétanie*** (*The Lancet*, n° 5771, 7 Avril 1934). — La transplantation des parathyroïdes dans le traitement de la tétanie n'a pas d'effet durable quoique cependant elle puisse sauver la vie dans certains cas exceptionnels. Dans les cas moyens, l'administration, par la bouche, de calcium et de vitamine D. suffit le plus souvent. Dans les cas graves, les injections intraveineuses de calcium et les injections sous-cutanées de parathormone peuvent améliorer la tétanie, mais il est parfois difficile de continuer les injections intraveineuses de calcium et la parathormone coûte cher.

Holtz, travaillant avec Windaus, a pu isoler de l'ergostérol une substance qui ne contient pas de vitamine D mais qui, cependant, a une action spécifique sur le calcium sanguin. Cette substance, soluble dans l'huile, a été appelée A.T. 10. Prise par la bouche, elle produit chez l'animal et chez l'homme de l'hypercalcémie. L'effet est moins rapide qu'après une injection de parathormone, mais il est plus durable. Dans les jours qui suivent l'administration d'A. T. 10, on trouve une augmentation considérable du calcium sanguin.

Holtz, dans les cas graves de tétanie, donne 5 à 10 centicubes d'A. T. 10 chaque jour pendant trois jours. Ensuite la dose doit être diminuée même s'il n'y a pas d'augmentation de calcium sanguin.

S. a essayé ce médicament dans 3 cas de tétanie: un cas de tétanie idiopathique, deux cas de tétanie parathyroprive. Le calcium sanguin était de 60 milligr. par litre. Le premier jour, il donna 10 centicubes d'A. T. 10; les deux jours suivants, 5 centicubes et ensuite 1 à 2 centicubes. En 3 à 5 jours, les symptômes de tétanie disparurent. Par la suite, il suffit de donner 1 à 2 centicubes trois fois par semaine pour voir le taux du calcium sanguin revenir à la normale.

L'A. T. 10 semble être un médicament très actif et jusqu'à présent les firmes commerciales ne le délivrent qu'aux hôpitaux où l'on peut surveiller son action en faisant des dosages de calcium régulièrement.

André Plichet.

C. Miller, R. Dolley et Ch. Ballance. ***Un cas d'anévrysme du tronc artériel brachio-céphalique*** (*The Lancet*, n° 5772, 14 Avril 1934). — Il s'agit d'un homme qui contracta la syphilis en 1888 à l'âge de 17 ans. En 1911, on constata les signes d'un anévrysme du tronc artériel brachio-céphalique. Malgré des traitements antisyphilitiques nombreux et variés, l'anévrysme augmenta de volume, créant de la dysphagie, déplaçant la trachée. En 1925, l'anévrysme s'étendait sur tout le côté droit du cou, limité en arrière par le trapèze, venant en avant jusque sur la ligne médiane. La radio montrait une aorte et un cœur normaux, une tumeur anévrysmale occupant presque toute la longueur du tronc artériel.

Une intervention fut décidée, mais prévoyant qu'il serait impossible en raison des dimensions de la poche anévrysmale de lier l'artère on étudia la possibilité de poser un clamp. L'intervention fut hérissée de difficultés à cause des adhérences. On ne put poser de clamp mais on put lier sous trois tendons de kangourou le tronc brachio-céphalique. Trois semaines après on liait la carotide primitive et dix jours après cette deuxième opération, le 8 Décembre 1925, on liait la sous-clavière.

En 1926, on traita par électrolyse la poche anévrysmale qui sembla diminuer de volume. De 1927 à Juin 1933, à part une légère hémiplégie droite qui rétrocéda, le malade fut parfaitement bien. Mais à cette date la tumeur réapparut et les téguments commencèrent à rougir. Craignant la rupture, on conseilla au malade d'entrer à l'hôpital. Pour éviter cette rupture, on décida de faire des injections de quinine-uréthane dans la poche. La peau s'ulcéra, des caillots furent expulsés, il n'y eut aucune hémorragie et les pulsations de l'anévrysme cessèrent. On bourra la poche de pâte de Beck. Quelques jours après le malade eut une hémianopsie droite et une aphasie. Le malade mourut le 20 Octobre 1933 par hémorragie.

En résumé, anévrysme du tronc brachio-céphalique qui mit 23 ans à se produire et qui, opéré, donna une survie de 12 ans.

André Plichet.

Bray et Witts. ***La pseudo-éphédrine dans l'asthme*** (*The Lancet*, n° 5772, 14 Avril 1934). — A côté de l'éphédrine gauche, il existe une pseudo-éphédrine que l'on peut obtenir soit synthétiquement, soit à partir de la plante elle-même. Il serait avantageux de pouvoir substituer l'un à l'autre ces deux alcaloïdes.

B. et W. ont choisi 20 enfants âgés de 4 à 9 ans, atteints de crises d'asthme. Alternativement ils ont donné régulièrement de l'éphédrine et de la pseudo-éphédrine. La dose employée était de 16 milligrammes matin et soir pour un enfant de moins de 7 ans, et de 30 milligrammes deux fois par jour pour un enfant de plus de 7 ans. En plus les enfants prenaient deux cuillères à café d'eau caramélisée trois fois par jour.

De ces expériences, il résulte que la pseudo-

BLENNORRAGIE
BLENNORRAGIE
BLENNORRAGIE
BLENNORRAGIE
BLENNORRAGIE

INFECTIONS URINAIRES

SEPTICÉMIES

PROGONE



(Expérimentation faite à Saint-Lazare, Necker, etc.)

Ne donne pas de coup de soleil acridinique
Ne sclérose pas les veines
Ne colore pas les téguments

2 FORMES :

Ampoules de 10 cc. pour injections endoveineuses (1 injection tous les jours ou tous les 2 jours).

Comprimés dragéifiés (4 à 6 par jour) Ces comprimés remplacent avantageusement les balsamiques et les antiseptiques urinaires habituellement prescrits.

" L'introduction du PROGONE dans l'arsenal thérapeutique en tant que le moins toxique et le plus maniable des dérivés de l'acridine, constitue un réel progrès thérapeutique. " S. LURIÉ (Thèse, Paris, 1934).

LABORATOIRES SFÉAT 15, Rue Catulienne — Saint-Denis (Seine)

VACCINS BACTÉRIENS I. O. D.

Stérilisés et rendus atoxiques par l'Iode — Procédé RANQUE & SENEZ

VACCINS

STAPHYLOCOCCIQUE
STREPTOCOCCIQUE
COLIBACILLAIRE
GONOCOCCIQUE
POLYVALENT I
POLYVALENT II
POLYVALENT III
POLYVALENT IV
MÉLITOCOCCIQUE
OZÉNEUX

POLYVACCIN —
PANSEMENT I. O. D.

DEPUIS **1919** (C. R. Sté Biologie 26 Janv. 1919)
les VACCINS BRONCHO-PULMONAIRES IODÉS ont donné toujours les résultats que l'on constate unanimement aujourd'hui dans les

GRIPPE
Broncho-Pneumonies
Bronchites Chroniques

Utiliser soit le VACCIN PNEUMO-STREPTO I. O. D.
soit le VACCIN POLYVALENT III (Broncho-Pulmonaire)
tenant le mélange : Pneumocoques - Streptoc. - Staphyloc. - Entérocoques, etc.

VAC. COQUELUCHEUX
PNEUMOCOCCIQUE
PNEUMO-STREPTO
ENTEROCOCCIQUE
ENTERO-COLIBACIL.
TYPHOÏDIQUE
PARA TYPHOÏDIQUE A
PARA TYPHOÏDIQUE B
TYPHOÏDIQUE T. A. B.
DYSENTÉRIQUE
CHOLÉRIQUE
PESTEUX
I. O. D.

PARIS, 40, Rue Faubourg Poissonnière — MARSEILLE, 16, Rue Dragon — BRUXELLES, 19, Rue des Cultivateurs

éphédrine donnée par la bouche est plus efficace que l'éphédrine dans les accès d'asthme de l'enfance. Par contre, elle est moins efficace dans les paroxysmes de l'adulte.

La pseudo-éphédrine est moins toxique que l'éphédrine. D'une façon générale, on peut donner une dose double de pseudo-éphédrine. On peut l'essayer chez l'enfant et chez l'adulte qui ne supportent pas l'éphédrine.

Les injections de ces substances ont moins d'action que celles d'adrénaline.

André Plichet.

L. Broster. ***Le syndrome surréno-génital*** (*The Lancet*, n° 5773, 21 Avril 1934). — Le syndrome surréno-génital est caractérisé par l'apparition chez la femme de caractères secondaires mâles et la régression des caractères primaires et secondaires féminins. Ces changements se font d'une façon plus ou moins complète et l'on peut voir : 1° une disposition masculine des cheveux; 2° un élargissement des épaules, un accroissement de la musculature et des os, une diminution de la graisse sous-cutanée, de la finesse de la peau, une augmentation du clitoris, un abaissement du registre de la voix; 3° l'absence ou la petitesse des seins, le développement insuffisant des ovaires avec aménorrhée ou avec des troubles de la menstruation; 4° des réactions psychiques tendant à la masculinité.

B. range ces malades en quatre groupes: 1° le pseudo-hermaphroditisme surrénal dans lequel les modifications sont survenues avant la puberté et sont accompagnées d'aménorrhée primitive; 2° le virilisme surrénal qui apparaît après une puberté normale et qui est suivi de troubles menstruels; 3° le virilisme moyen qui est produit par l'association d'autres troubles endocriniens se montrant après la puberté et donnant un certain embonpoint à la malade; 4° le virilisme post-ménopausique.

Le deuxième groupe peut seul bénéficier d'une opération. Après l'ablation d'une surrénale, on peut voir le retour des règles et une atténuation du virilisme.

Les surrénales enlevées ne sont pas toutes atteintes d'hyperplasie macroscopiquement mais les cellules de la corticale ont une réaction à la fuchsine fortement positive. Ces faits sont en accord avec ce que l'on trouve dans la surrénale des fœtus mâles où cette réaction est plus longtemps positive que dans les surrénales des fœtus femelles.

André Plichet.

G. Hadfield, V. Magee et Bruce Perry. ***La lyse de la fibrine par le streptocoque. Son application au problème de l'infection rhumatismale chez l'enfant*** (*The Lancet*, n° 5773, 21 Avril 1934). — En 1933, Tillet et Garner montrèrent que les filtrats de cultures jeunes sur bouillon de streptocoque hémolytique d'origine humaine étaient capables de liquéfier complètement la fibrine du sang humain, alors que les streptocoques hémolytiques d'origine animale ne donnaient ce phénomène que dans des cas très rares. La résistance à cette lyse apparaît comme un indice d'immunité à l'infection streptococcique au même titre que la présence d'anticorps et d'antitoxine dans le sérum de l'individu. Myers et Keefer ont montré que les infections par le streptocoque hémolytique sont suivies d'une augmentation des antihémolysines dans le sérum. Il en est de même chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu.

Des recherches de H., M. et P., il résulte que le caillot sanguin des enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu résiste à la lyse produite par le streptocoque hémolytique.

André Plichet.

F. Lœwy. ***Purpura hémorragique avec thrombopénie due à une idiosyncrasie pour le sedormid*** (*The Lancet*, n° 5773, 21 Avril 1934). — L. rapporte un cas de maladie de Werlohf et 2 cas moins graves de purpuras avec thrombopénie grave à la suite d'administration prolongée de sedormid (allylisopropylacétylurée). Ces malades prenaient depuis des mois 1/2 à 1 comprimé de sedormid chaque soir. En arrêtant cette médication, on vit les taches purpuriques disparaître et le nombre de plaquettes remonter. En redonnant du sedormid, les phénomènes reparurent.

On a déjà signalé, d'ailleurs, quelques cas de purpuras avec thrombopénie à la suite d'absorption d'adalin, de nirvanol, médicament que l'on préconisa dans la chorée. On observa, à la vérité, davantage d'éruptions cutanées. Il est à remarquer que chez les uréides à chaîne ouverte tels que adalin, abasin et sedormid les éruptions se développent insidieusement sans élévation de température, alors que chez les barbiturates à chaîne fermée (médinal, luminal, nirvanol), les éruptions se font sous forme de rashes importants avec des troubles généraux graves.

Dans les troubles sanguins produits par les hypnotiques, il faut distinguer les effets toxiques dus à l'absorption de doses exagérées ou à l'accumulation, les effets allergiques par suite d'une sensibilisation antérieure et les effets allergo-toxiques ou idiosyncrasie de certaines drogues qui se traduisent, pour l'atophan et l'arsphénamine par une dermite ou une thrombopénie ou une hépatite, pour le sulfonal par une hématoporphynurie, pour le sedormid par une thrombopénie.

André Plichet.

E. Kettle. ***La découverte des poussières dangereuses*** (*The Lancet*, n° 5774, 28 Avril 1934). — Il est important de distinguer parmi les poussières industrielles celles qui peuvent créer des pneumokonioses. L'inhalation de poussières lèse le poumon soit en produisant de la sclérose, soit en modifiant les processus infectieux ordinaires.

Parmi ces poussières il en est d'actives qui causent une inflammation aiguë du poumon avec nécrose du tissu et sclérose consécutive et d'inertes qui ne donnent qu'une réaction passagère.

Expérimentalement, quand on introduit une poussière inerte dans les bronches, celle-ci est transportée par les phagocytes dans les ganglions lymphatiques du poumon et n'y cause aucune lésion. Si la poussière est active, il y a un appel de phagocytes tel que la structure du ganglion est complètement désorganisée et que, plus tard, il survient de la sclérose. Ces lésions surviennent rapidement et en 3 mois on peut être fixé au point de vue médico-légal si telle poussière industrielle est nocive ou non.

André Plichet.

J. A. Ryle. ***Les échecs de la chirurgie gastrique*** (*The Lancet*, n° 5774, 28 Avril 1934). — Il existe 5 complications de la gastro-jéjunostomie: la bouche incontinente, les vomissements par circuit vicieux, la gastrite hémorragique périanastomotique, la persistance de l'ulcère originel, l'ulcère peptique amenant les hémorragies, les perforations et les fistules gastro-jéjuno-coliques.

Les principales complications de la gastrectomie sont l'ulcère récurrent et l'anémie simple ou pernicieuse.

Ces échecs de la chirurgie gastrique dépendent moins de la technique employée que de l'état général du sujet, de son âge, de ses habitudes, de la durée de la maladie. Il n'est pas bon d'opérer un sujet très jeune ou un vieillard, un sujet nerveux ou anxieux et on rencontre fréquemment ce type, chez les malades atteints d'ulcère duodénal, qui souffrira de troubles digestifs après l'opération. Les hommes d'affaires, les médecins, les alcooliques, les grand fumeurs sont de mauvais sujets pour la gastro-jéjunostomie. Pour les ouvriers, l'intervention s'impose en raison de l'impossibilité où ils se trouvent de suivre un régime. Les hémorragies récentes sont des contre-indications à l'opération à moins de complications mécaniques ou d'ulcère étendu.

Les indications positives de l'intervention sont la perforation, la sténose pylorique, l'estomac biloculaire, un ulcère du duodénum postérieur menaçant de creuser le pancréas, un ulcère duodénal chronique compliqué d'un iléus duodénal, un ulcère de grandes dimensions ayant résisté au traitement médical. Mais il n'y a pas de règle absolue, chaque cas doit être discuté et nécessite la coopération du médecin et du chirurgien.

André Plichet.

J. Walton. ***Les échecs de la chirurgie gastrique*** (*The Lancet*, n° 5774, 28 Avril 1934). — Le premier cas à envisager est celui des erreurs de diagnostic, fréquentes surtout lorsqu'on peut craindre un carcinome de l'estomac (en tout 171 erreurs de diagnostic sur 2.343 opérations) ou celui des interventions inutiles. En outre, cependant, toute opération chirurgicale comporte certains risques provenant tant de l'état général du malade que de la difficulté de l'intervention: la mortalité la plus forte s'observe dans les cas de résection en coin d'un ulcère de la grande courbure (4,4 pour 100). La proportion des cas de guérison définitive, dans la mesure où il est possible de les suivre, ne laisse pas cependant d'être très élevée. En dehors des accidents dus à des erreurs grossières de technique opératoire, les principales complications pouvant survenir sont: l'ulcère gastro-jéjunal, plus rare cependant qu'on ne le dit (1.4 pour 100); les nouvelles ulcérations de l'estomac, fréquentes surtout après une simple suture de perforation de l'estomac; le développement subséquent de carcinome, en fait extrêmement rare; enfin l'anémie post-opératoire à la suite de gastrectomie soit complète, soit seulement partielle, mais dans le second cas généralement sans gravité.

André Plichet.

ARCHIVOS ARGENTINOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

(Buenos-Aires)

R. F. Vaccarezza et **G. Pollitzer.** ***Le traitement de la tuberculose par le pneumothorax (unilatéral, électif, bilatéral)*** [*Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato respiratorio*, t. II, n° 2, Mars-Avril 1934]. — V. et P. traitent du pneumothorax thérapeutique qui provoque le collapsus de la région atteinte en respectant le fonctionnement de la portion saine du poumon; c'est là une variante anatomique de la méthode de Forlanini que conditionnent des causes physiopathologiques particulières.

V. et P. font l'historique de cette question, rappellent les théories physiopathologiques, les conditions techniques, les formes anatomo-cliniques, les résultats et les indications du pneumothorax électif et complètent leur travail par le résumé, illustré de radiographies, de 18 observations.

— **C. Mainini, M. V. Pozzo** discutent la question du *pneumothorax bilatéral simultané*, tandis que **T. de Villafane Lastra** envisage *le rôle du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*, c'est-à-dire ses indications, contre-indications, complications ainsi que les résultats obtenus par cette thérapeutique, illustrés par des radiographies.

— **R. Pardal** et **E. S. Mazzei** traitent de l'*hypertension de l'artère pulmonaire dans le pneumothorax uni ou bilatéral*, c'est-à-dire étudient deux aspects du problème de la tension de la petite circulation: sa compensation et l'hypertension, admettant que chaque terrain pulmonaire possède

une propriété propre d'adaptation. Ils montrent que c'est avant tout la radiologie qui permet de reconnaître l'hypertension de l'artère pulmonaire et en décrivent la symptomatologie.

Morel Kahn.

ARCHIVES MÉDICALES BELGES (Bruxelles)

Goossens (Namur). ***Un nouveau mode de traitement des ulcères variqueux*** (*Archives médicales belges*, t. LXXXVII, n° 4, Avril 1934). — Le traitement ambulatoire de M. Sœur consiste à toucher l'ulcère variqueux avec une solution au nitrate d'argent à 10 pour 100, appliquer abondamment de la vaseline ordinaire ou de la vaseline mentholée en dépassant largement les limites de l'ulcère. On met ensuite un pansement formé de quelques épaisseurs de gaze stérile et d'une couche d'ouate sur laquelle on pose une éponge caoutchoutée très élastique, le tout maintenu par une bande Velpeau qui comprime l'éponge au niveau de l'ulcère. On recommande au malade de marcher de façon qu'un massage continuel se fasse. Au bout de très peu de temps, la circulation veineuse locale s'améliore, les tissus se nourrissent, la plaie commence à bourgeonner, le membre enflammé et douloureux se refroidit, l'eczéma disparaît et, au niveau de l'ulcère, on aperçoit un liséré d'épidermisation circulaire. Un suintement assez abondant a lieu, tant que l'ulcère n'est pas complètement cicatrisé; aussi faut-il renouveler le pansement tous les deux jours au début du traitement, tous les 3 jours ensuite.

Le mécanisme essentiel de cette méthode est un massage constant de l'ulcère; des variations de pression de 20 millimètres de mercure ont été observées par l'application de la manchette d'un oscillomètre sur l'éponge caoutchoutée.

La méthode expérimentée chez 6 sujets ayant dépassé la cinquantaine s'est révélée sans danger, économique, facilement acceptée par les malades, et efficace. La cicatrice obtenue est souple et les récidives sont plus rares qu'avec les anciennes méthodes.

Robert Clément.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Guérard et **Lessard**. ***Purpura rhumatoïde à symptomatologie abdominale*** (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, n° 4, Avril 1934). — Un jeune homme de 14 ans est admis d'urgence le 14 Décembre 1933 à l'hôpital pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec vomissements et arrêt des gaz. On intervient d'urgence et on pratique une appendicectomie: il existe un peu de liquide dans le grande cavité, l'appendice est normal, l'iléon recouvert d'un abondant piqueté hémorragique.

Dans les suites post-opératoires: douleurs abdominales tenaces et persistance des vomissements. Le 9 Décembre, tuméfaction de la région parotidienne et le lendemain fortes douleurs articulaires. 7 jours après l'opération, apparition de taches purpuriques sur la face, les membres supérieurs et inférieurs et persistance de douleurs articulaires. Foie et rate normaux. Formule sanguine: globules rouges et blancs en quantité normale, diminution du nombre des hématoblastes, rétraction normale du caillot.

On pose le diagnostic de purpura rhumatoïde. Le malade meurt au 13e jour après l'intervention avec un syndrome d'occlusion intestinale: vomissements abondants d'odeur fécaloïde, tachycardie et hyperthermie.

G. et L. classent leur observation dans le type clinique que nous avons décrit avec J. Gosset sous le nom de syndrome abdominal douloureux et purpura péritonéal, forme appendiculaire.

En réalité, étant donné que l'appendice était normal, que les taches étaient localisées sur l'iléon terminal, il nous paraît plus probable d'admettre que ce malade a dû mourir d'une invagination intestinale accompagnant un purpura abdominal, ou d'une perforation intestinale avec péritonite généralisée.

J. Sénèque.

REVISTA DE CIRUGIA DE BARCELONA

A. Ley. ***Les tumeurs intracraniennes de l'enfance*** (*Revista de cirugia de Barcelona*, t. IV, n° 37, Janvier 1934). — Les tumeurs cérébrales de l'enfance, peu fréquentes dans l'ensemble, se développent de préférence dans la fosse cérébrale postérieure. L'hypertension intra-cranienne reste souvent peu importante chez l'enfant, au crâne encore extensible. Mais, si les autres signes classiques peuvent manquer, le vomissement est presque constant. Il faut rechercher systématiquement l'œdème de la papille.

Les tumeurs cérébrales les plus fréquentes chez l'enfant se rattachent aux types histologiques des médulloblastomes, des cranio-pharyngiomes et des astrocytomes.

Les tumeurs du 4e ventricule offrent peu de symptômes focaux. Début brutal par attaques toniques, douleur et contracture de la nuque, vomissements, parfois syncope. Syndrome cérébelleux secondaire : ataxie, hypotonie. Mort par paralysie respiratoire.

Les médulloblastomes du cervelet, gliomes malins développés dans le vermis, se caractérisent par des troubles de l'équilibre. Les astrocytomes, prédominant dans les hémisphères, par de l'ataxie, du nystagmus, de l'hypotonie. Les craniopharyngiomes, par atteinte de la région hypophysaire, déterminent des troubles du développement, tel le syndrome adiposo-génital.

Les tumeurs du chiasma et du tronc cérébral sont inopérables. Mortalité opératoire de 5 pour 100 dans les astrocytomes, de 25 pour 100 dans les craniopharyngiomes, de 35 pour 100 dans les médulloblastomes.

Bibliographie importante.

G. d'Heucqueville.

ANALES DE MEDICINA INTERNA (Madrid)

G. Marañon. ***L'hyperthyroïdisme climatérique*** (*Anales de Medicina interna*, t. III, n° 4, Avril 1934). — Synthèse clinique de l'hyperthyroïdisme climatérique, auquel l'auteur a déjà consacré de nombreuses publications, basées sur 792 observations d'hyperthyroïdisme.

L'hyperthyroïdisme apparaît de préférence chez les femmes de constitution « asthénique », ou les porteuses de goitre. L'intoxication iodée, les infections, la tuberculose, et surtout la grippe, constituent les causes efficientes les plus fréquentes.

Début souvent à la suite d'un choc émotionnel, dans les années de la ménopause. Le goitre et l'exophtalmie s'observent exceptionnellement. Perte de poids rapide. Les phénomènes circulatoires (formant jusqu'au syndrome d'hyposystolie) et les phénomènes digestifs occupent le premier plan du tableau clinique. Diabète secondaire fréquent. De même les accidents psychiques, excitation ou mélancolie.

Il faut découvrir, sous ces manifestations quelquefois dramatiques, le trouble glandulaire responsable, lequel tend à guérir spontanément à la longue. Aussi, dans la règle, doit-on proscrire le traitement chirurgical. Joindre à la psychothérapie la médication iodée et la radiothérapie profonde.

G. d'Heucqueville.

BULLETIN of the NEUROLOGICAL INSTITUTE OF NEW-YORK

C. A. Elsberg et **Cornelius Dyke.** ***Le diagnostic et la localisation des tumeurs de la moelle au moyen de mensurations sur les clichés radiographiques de la colonne vertébrale. Les rapports de la clinique et de la radiographie*** (*Bulletin of the neurological Institute of New-York*, vol. III, n° 3, Mars 1934). — Sur un cliché antéro-postérieur d'une colonne vertébrale normale, le bord interne des pédicules apparaît habituellement convexe, parfois rectiligne, exceptionnellement concave (au-dessous de la septième vertèbre dorsale). L'espace interpédiculaire ne peut être mesuré que de la 5e vertèbre cervicale à la 5e vertèbre lombaire. Il varie avec les différents segments vertébraux: plus long au niveau des segments cervicaux et lombaires, il est plus étroit au niveau de la colonne dorsale. Telles sont les observations que les auteurs ont faites d'après l'étude de 100 radiographies normales.

Ils ont eu l'idée de rechercher l'aspect des pédicules et de mesurer l'espace interpédiculaire dans 86 cas de tumeurs rachidiennes dans le but d'en tirer des renseignements pour le diagnostic de localisation.

Pour *les tumeurs de la moelle*, le canal vertébral est augmenté dans une proportion de 42 pour 100, et ceci est surtout net dans le segment compris entre la 10e vertèbre dorsale et la 5e vertèbre lombaire.

Pour *les tumeurs extra-médullaires*, la proportion est de 18 pour 100 dans les segments cervical et dorsal supérieur, 12 pour 100 dans le segment compris entre les 4e et 9e vertèbres dorsales, 60 pour 100 dans le segment sous-jacent.

Pour *les tumeurs extra-durales*, l'élargissement du canal vertébral est beaucoup plus fréquent (74 pour 100).

Le bord interne des pédicules apparaît souvent rectiligne ou concave au niveau de la tumeur, mais il ne faut tenir compte de cet aspect que si l'espace interpédiculaire est en même temps élargi.

En mesurant l'espace interpédiculaire des différentes vertèbres, on peut aussi en déduire l'étendue de la tumeur.

C'est là un signe radiographique complémentaire qui peut être utile pour préciser un diagnostic de localisation, mais il est bien certain qu'en raison de la variabilité de l'aspect des pédicules et de la difficulté de certaines mensurations les signes cliniques conservent tous leurs droits.

André Sicard.

Clarence C. Hare. ***Le nitrite d'amyle dans le diagnostic différentiel entre les tumeurs du cerveau et les lésions inflammatoires chroniques et vasculaires*** (*Bulletin of the neurological Institute of New-York*, vol. III, n° 3, Mars 1934). — L'inhalation de nitrite d'amyle détermine une dilatation des vaisseaux intracraniens qui fait refluer le liquide céphalo-rachidien du crâne dans le canal rachidien. S'il n'existe aucun obstacle au niveau de l'espace sous-arachnoïdien, le manomètre adapté à l'aiguille de ponction lombaire enregistre alors une augmentation de la pression.

H., étudiant ce test dans différentes affections cérébrales, a constaté une hyperpression variable suivant les lésions: dans les tumeurs du cerveau, la tension s'élève au-dessus de 32; dans les affec-


PERUBORE
COMPRIMÉS POUR
INHALATIONS ET GARGARISMES
Borate de Soude, Baume du Pérou, Essences balsamiques — (sans Menthol)
POUR CORYZAS, SINUSITES, LARYNGITES, TRACHEITES.
TOUX D'IRRITATIONS, TOUX REBELLES, ENTRETIEN DE LA VOIX
TRAITEMENT DE L'ENROUEMENT PAR LE SIROP ET LES PASTILLES
EUPHON
Lab. MAYOLY-SPINDLER, 1. Place Victor Hugo. PARIS


PILULES
INSULINE FORNET
la seule applicable par la voie digestive
POMMADE
Laboratoires THAÏDELMO 23, rue du Caire, PARIS (2e) Tél : Gut 03-45

tions vasculaires et les lésions inflammatoires, elle reste au-dessous de 32. Il pense que cette épreuve peut avoir de la valeur dans le diagnostic différentiel de ces affections. Le test perd néanmoins de son importance si le malade a de l'hypertension artérielle.

La différence dans ces résultats serait due au fait que, dans les lésions vasculaires et inflammatoires, l'action du nitrite d'amyle serait limitée et qu'il ne se produirait pas de dilatation de tous les vaisseaux intracraniens.

André Sicard.

Charles A. Elsberg, Cornelius G. Dyke et **Earl D. Brewer.** ***Les symptômes et le diagnostic des kystes extra-duraux*** (*Bulletin of the neurological Institute of New-York*, vol. III, n° 3, Mars 1934). — E., D. et B. n'ont en vue, dans cet article, ni les kystes dermoïdes ni les kystes hydatiques, généralement petits, que l'on peut rencontrer chez l'adulte dans le canal rachidien. Ils étudient une variété spéciale de kystes simples extra-duraux, généralement de grandes dimensions, qu'ils ont observés 4 fois chez des adolescents de 12 à 16 ans, et dont la pathogénie reste imprécise. Les 4 observations sont rapportées en détails.

Cliniquement, ils se traduisent par un syndrome de paraplégie spasmodique progressive, non ou peu douloureux, avec des troubles légers de la sensibilité, dont la limite supérieure se trouve généralement au niveau de D_6 ou D_7. Les tests manométriques montrent un blocage sous-arachnoïdien complet, et le liquide céphalo-rachidien subit les mêmes modifications que dans toute compression de la moelle.

Radiographiquement, on constate un élargissement de l'espace interpédiculaire de 3 vertèbres ou plus, entre la 4e et la 10e vertèbre dorsale (siège habituel de ces kystes). Les pédicules à ce niveau sont eux-mêmes plus étroits et atrophiés.

Anatomiquement, le kyste contient un liquide clair. Ses parois sont transparentes et constituées uniquement de tissu conjonctif, sauf dans deux cas où elles étaient tapissées de cellules endothéliales. Le kyste se laisse presque entièrement cliver de la dure-mère, mais il lui adhère toujours en un point étroit situé près de l'émergence durale d'une racine.

Etiologiquement, il est probable qu'il s'agit soit d'un diverticule congénital de la dure-mère, soit d'une hernie de l'arachnoïde à travers une déficience congénitale de la dure-mère.

André Sicard.

Charles A. Elsberg et **Robert W. Southerland.** ***L'étiologie du mal de tête. Céphalée produite par l'injection d'air au cours de l'encéphalographie*** (*Bulletin of the neurological Institute of New-York*, vol. III, n° 3, Mars 1934). — Après avoir rappelé les différentes théories pathogéniques de la céphalée, E. et S. exposent les constatations qu'ils ont faites au cours de l'encéphalographie: la céphalée apparaît le plus souvent au moment où l'air injecté pénètre dans le 3e ventricule et les ventricules latéraux. La localisation de cette céphalée varie avec la position de la tête.

On peut donc en conclure que les modifications de la pression intra-ventriculaire jouent un rôle certain dans le mécanisme du « mal de tête ».

André Sicard.

GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE (Venise)

G. Pieri. ***Sur le traitement chirurgical de la syringomyélie*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. VII, n° 11, Novembre 1933). — L'opération de Puusepp (incision de la cavité médullaire ayant pour but de la drainer dans les espaces sous-arachnoïdiens) a été pratiquée dans une soixantaine de cas de syringomyélie; elle n'a pas de gravité immédiate : aucun décès post-opératoire n'a été signalé; les cas longuement suivis sont peu nombreux, mais à côté d'insuccès, les résultats paraissent en général favorables.

P. rapporte l'observation d'une malade de 65 ans, atteinte d'une syringomyélie à localisation exceptionnelle lombo-sacrée et dont l'origine traumatique est possible, un traumatisme violent ayant lésé la première vertèbre lombaire seize ans avant. L'intervention montra une moelle distendue par un liquide macroscopiquement normal et la moelle fut incisée dans la commissure médiane postérieure; cette incision proposée par Sicard semble préférable à l'incision para- médiane de Puusepp, comme exposant moins à l'oblitération cicatricielle; le danger de léser la décussation sensitive est peu important puisque l'incision est courte et que les fibres d'un dermatomère se décussent sur la hauteur de trois segments médullaires. Après l'intervention, P. nota la disparition des phénomènes douloureux, la diminution des troubles de la sensibilité objective et surtout d'une contracture gênant considérablement la marche; une paralysie d'un pied n'a pas été influencée. L'amélioration persistait après deux ans et 5 mois.

Lucien Rouquès.

E. Borsato. ***La sécrétion externe du pancréas au cours des cirrhoses hépatiques*** (*Giornale veneto di scienze mediche*, t. VIII, n° 2, Février 1934). — La pancréatite chronique accompagne très souvent la cirrhose du foie, à en juger par certaines statistiques anatomiques qui donnent des pourcentages de 75 et même 91; mais les documents cliniques sont peu nombreux. B. a étudié les fonctions tryptique et lipolytique du pancréas dans 9 cas de cirrhose; l'épreuve des noyaux de Schmidt lui a paru beaucoup plus exacte que celle de Carnot et Mauban (recherche de la fluidification de la gélatine en présence de diverses dilutions du suc pancréatique recueilli par tubage duodénal); l'épreuve de Bondi (dosage des acides gras libérés par l'action du suc pancréatique sur l'huile d'olive) expose également à des erreurs et doit être contrôlée par celle de Zoia (détermination du rapport : graisses neutres + acides gras sur savons dans les selles après régime comportant une quantité connue de graisses). Dans 6 cas, B. a trouvé une insuffisance pancréatique externe indiscutable portant sur les fonctions tryptique et lipolytique; dans 2 cas, l'insuffisance restait incertaine et, dans le dernier, le fonctionnement pancréatique était normal. Il est impossible d'après les résultats des épreuves d'affirmer que le processus pancréatique peut être le premier en date, comme on l'a soutenu, mais ces résultats ne contredisent pas cette hypothèse. Il n'existe aucune proportion entre la gravité de la cirrhose hépatique et l'importance du trouble fonctionnel pancréatique.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA (Milan)

M. Chiovenda. ***La pachypleurite enkystée à cholestérine*** (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. IV, n° 6, Novembre-Décembre 1933). — C. rapporte une observation anatomique, la 8e connue, de pleurésie à cholestérine chez un homme de 58 ans, ayant depuis 19 années une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse et mort de péritonite appendiculaire. Cette affection dépend toujours d'un processus inflammatoire d'évolution chronique, caractérisé anatomiquement par la transformation totale ou partielle de la cavité pleurale en un sac à parois fibreuses ou fibro-calcaires, d'épaisseur notable, contenant un liquide ou une bourbe plus ou moins riche en cholestérine libre cristallisée, macro ou microscopiquement reconnaissable; le terme de pachypleurite enkystée à cholestérine paraît plus exact que celui de pleurésie. Dans tous les cas autopsiés, on a trouvé d'évidentes manifestations inflammatoires en activité, d'allure chronique, dans l'épaisseur de la paroi du sac; le processus est donc une inflammation à évolution chronique de la séreuse et non une séquelle de pleurésie.

Dans au moins 80 pour 100 des cas, la nature tuberculeuse du processus est certaine et ce pourcentage est sans doute inférieur à la réalité; il est possible, mais non encore prouvé, qu'il existe à titre exceptionnel des pleurésies à cholestérine non tuberculeuses. La pachypleurite à cholestérine provient dans la grande majorité des cas d'une pleurésie tuberculeuse chronique, séreuse ou séro-fibrineuse, dont l'exsudat s'est modifié avec le temps. Les causes de la transformation sont à rechercher dans la grande chronicité de l'épanchement et dans son enkystement; il existe probablement d'autres facteurs qui ont une influence favorisante: alcoolisme, syphilis, états constitutionnels.

La production de la cholestérine et des éthers de cholestérine de l'épanchement doit être locale, par libération et concentration de la cholestérine et des combinaisons cholestériniques contenues dans l'exsudat et ses éléments cellulaires; C. a observé une importante dégénérescence graisseuse au niveau des éléments des couches les plus internes de la paroi sclérosée, en particulier au niveau des éléments fibroblastiques; c'est là une nouvelle source de cholestérine. Peut-être, la cholestérine a-t-elle aussi, pour une faible part, une origine sanguine dans les états hypercholestérinémiques. On peut exclure l'éventualité d'une origine synthétique locale de la cholestérine aux dépens des graisses, acides gras et protéines.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI PATOLOGIA E CLINICA DELLA TUBERCULOSI (Bologne)

P. Russo. ***La lipémie dans la tuberculose pulmonaire*** (*Rivista di patologia e clinica della tuberculosi*, t. VII, n° 4, 30 Avril 1934). — De l'étude de 23 cas de tuberculose pulmonaire à divers stades, R. conclut qu'on observe dans cette affection des variations qui portent sur toutes les fractions lipidiques du sang. La cholestérinémie est diminuée dans les cas graves, dans les limites normales chez les malades ayant des lésions peu étendues et avec peu de phénomènes toxémiques, et tend à dépasser la limite normale supérieure dans quelques cas de tuberculose scléreuse; la cholestérine éthérifiée est diminuée relativement à la cholestérine libre et la baisse de la cholestérinémie dépend de celle de l'une et de l'autre des deux fractions. Le comportement des graisses neutres est variable; il n'a de rapports ni avec le taux de la cholestérinémie, ni avec l'état local ou général du malade; dans la majeure partie des cas, les graisses neutres ont une valeur normale ou élevée. Les acides gras et les phosphatides, à part quelques cas, sont augmentés. Le rapport lipoïdique (acides gras libres sur cholestérine totale) a été trouvé par R. diminué dans presque tous les cas, probablement par suite de l'état toxémique des malades.

Lucien Rouquès.

C. Centoscudi. ***La glycémie à jeun dans la tuberculose pulmonaire*** (*Rivista di patologia e clinica della tuberculosi*, t. VII, n° 4, 30 Avril 1934). — C. a déterminé la glycémie à jeun chez

67 tuberculeux pulmonaires à divers stades, ne présentant pour la plupart pas de fièvre habituelle ou seulement une fièvre légère, ceci pour éliminer un des facteurs qui passent pour augmenter le plus la glycémie. De ses recherches, il résulte que les valeurs hypoglycémiques sont exceptionnelles et qu'on n'observe jamais d'hypoglycémie vraie, quelles que soient la forme, la gravité et l'activité du processus. On peut trouver des valeurs normales ou élevées dans tous les types et à tous les stades de la tuberculose pulmonaire; mais les valeurs élevées et les valeurs proches de la limite normale supérieure se rencontrent surtout dans les formes très graves, rapidement évolutives ou dans les formes graves nettement actives; la glycémie est presque toujours normale dans les formes graves non évolutives ou dans les formes de gravité moyenne, où les valeurs supérieures sont exceptionnelles; elles le sont encore plus dans les formes graves en régression. Dans les formes légères subactives, les valeurs sont dans les limites normales, plutôt près de la limite supérieure; elles dépassent un peu la normale dans d'assez nombreux cas de formes légères inactives. Dans toutes les formes, on rencontre des oscillations assez fréquentes de la glycémie, surtout peut-être chez les malades les plus graves. C. a également étudié la glycémie de quelques malades fébriles et de quelques malades habituellement apyrétiques au début d'une poussée fébrile; chez tous, il a trouvé de l'hyperglycémie.

En résumé et malgré la prédominance certaine des valeurs élevées dans les formes les plus graves, on peut observer les valeurs les plus variées dans toutes les formes : cela explique peut-être les conclusions discordantes de ceux qui ont étudié la question. Quant à la pathogénie de l'hyperglycémie, elle dépend de multiples facteurs dont la part est difficile à fixer et ne peut se résumer dans un trouble du fonctionnement hépatique.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

M. Loreti. ***La constipation dans ses rapports avec les parathyroïdes*** (*Rivista di clinica medica*, t. XXXV, nos 1-2, 15-30 Janvier 1934). — A côté de la constipation par hypothyroïdie, il faut faire place à une constipation parathyroïdienne; cliniquement, Scheldon, Kerne et Hakansson ont remarqué les bons effets des injections d'extrait parathyroïdien dans la constipation du mégacolon; expérimentalement, en suivant la progression intestinale de repas opaque avant et après parathyroïdectomie partielle, L. a observé, chez 3 chiens sur 4, un retard de l'évacuation après l'intervention.

La constipation parathyroïdienne relève de plusieurs mécanismes : 1° insuffisance hormonale dans l'hypoparathyroïdie influençant au sens négatif les fonctions de progression et d'évacuation intestinales; 2° hypocalcémie dans l'hypoparathyroïdisme, faisant prédominer l'action du sympathique et entraînant une constipation spasmodique; 3° hypercalcémie dans l'hyperparathyroïdisme, amenant par un mécanisme inverse du précédent une constipation atonique.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

S. Battistini. ***Considérations sur la signification et la valeur diagnostique des résultats de l'épreuve de charge au galactose dans l'anémie pernicieuse cryptogénétique*** (*Archivio per le scienze mediche*, t. LVIII, n° 3, Mars 1934). — D'épreuves de charge au galactose (ingestion de 40 gr. de galactose à jeun) faites dans 14 cas d'anémie pernicieuse, l'auteur conclut qu'il n'y a pas de galactosurie et que la galactosémie est nulle ou presque lorsque l'anémie n'a pas encore été traitée et n'est pas en période de rémission spontanée; après hépatothérapie ou en période de rémission spontanée, on observe toujours une courbe galactosémique plus ou moins élevée et prolongée et une galactosurie plus ou moins abondante. Dans 2 cas d'anémie pernicieusiforme chez des syphilitiques, 2 cas d'anémie au cours de diathèse hémorragique, 1 cas d'ictère hémolytique et un cas d'anémie hypochrome essentielle, l'épreuve de charge a été positive. La négativité de cette épreuve est donc un bon signe pour le diagnostic différentiel de l'anémie pernicieuse.

Pourquoi l'épreuve au galactose est-elle négative dans l'anémie pernicieuse ? Il ne s'agit certainement pas d'un manque d'absorption ou d'un défaut d'élimination de galactose; on ne peut parler qu'avec prudence, étant données les constatations anatomiques, d'hyperhépatisme. Chez un sujet sain, la diète hépatique a déterminé l'augmentation de la galactosurie et l'élévation de la galactosémie après épreuve de charge; il est donc possible que l'exagération de la tolérance pour le galactose dans l'anémie pernicieuse soit due au défaut d'un hypothétique principe contenu dans le foie qui agirait en diminuant le pouvoir de polymérisation du parenchyme hépatique pour le galactose.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

O. Da Rin et **L. Costa.** ***Influence du système nerveux végétatif central sur la formule sanguine (recherches expérimentales et cliniques)*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXV, n° 4, Avril 1934). — D. R. et C. ont étudié expérimentalement et cliniquement l'action du système végétatif central sur la formule sanguine. La piqûre du diencéphale, d'après 5 lapins où cette piqûre a lésé les noyaux de la base (les lésions ayant été vérifiées à l'autopsie), a provoqué dans deux cas une légère érythrocytose (de 5.800.000 à 6.600.000 et de 4.900.000 à 6.350.000 au bout de 6 heures) et dans un seul cas une réticulocytose légère avec polychromatophilie; le nombre des leucocytes a augmenté chez tous les animaux (jusqu'à 25.000), avec neutrophilie, lymphocytopénie et hypoéosinophilie; il n'y a pas eu de rapport constant entre la leucocytose et la température, la première s'étant parfois manifestée sans hyperthermie. La ponction de la grande citerne (4 lapins) n'a produit que des modifications insignifiantes du nombre des globules rouges et une augmentation modérée de celui des globules blancs vers la 2e heure.

Cliniquement, dans l'épilepsie essentielle (3 cas), D. R. et C. n'ont pas trouvé d'anomalies appréciables des globules rouges qui peuvent cependant augmenter légèrement après un accès; ils y ont noté une certaine leucocytose, surtout après les accès, avec neutrophilie et déviation à gauche de la formule d'Arneth; après encéphalographie gazeuse chez ces malades, le nombre des globules rouges et blancs s'est quelque peu élevé, avec neutrophilie et déviation à gauche. Dans deux cas de tumeur du IIIe ventricule, un cas de narcolepsie familiale, un cas d'hémi-ballisme et un cas de chorée de Huntington, les hématies étaient aux environs de 6.000.000. Sur 10 cas de Parkinson postencéphalitique 3 présentaient une certaine érythrocytose (5.800.000, 5.750.000, 6.500.000) et 5 une certaine leucocytose (9 à 14.000). Dans un cas sur deux de diabète insipide, un cas de dystrophie adiposo-génitale et un cas de syndrome pluriglandulaire, le nombre des hématies approchait de 6.000.000 ou dépassait ce chiffre.

Il est expérimentalement et cliniquement certain qu'il existe une influence des noyaux de la base sur la formule sanguine; mais les faits observés ne permettent pas de conclure que cette influence s'exerce par l'intermédiaire d'un centre végétatif de l'hématopoïèse.

Lucien Rouquès.

PRZEGLAD DERMATOLOGICZNY
(Varsovie)

M. J. Stopczanski. ***Un cas d'éruption pemphigoïde sur une moitié du corps consécutif à un traumatisme cranien*** (*Przeglad Dermatologiczny*, t. XXIX, n° 1, Mars 1934). — S. rapporte l'observation d'un homme de 47 ans qui, à la suite d'un traumatisme cranien, a présenté une éruption pemphigoïde localisée strictement sur une moitié du corps. Les poussées d'éruption se sont succédé pendant 3 ans. L'apparition des éléments cutanés était précédée de violentes céphalées. Ces céphalées, de même que la diminution de la sensibilité au toucher, à la douleur et à la chaleur, généralisée au même côté du corps, indiquent l'existence d'une lésion du système nerveux central d'origine traumatique. S. souligne une certaine analogie entre cette éruption pemphigoïde et le zona.

Fribourg-Blanc.

GRUZLICA
(Varsovie)

Fr. Labendzinski. ***Albuminurie au cours de la tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, IXe année, n° 1, 1934). — Sur un total de 1.500 malades traités dans son service pendant trois ans, L. constate l'existence de l'albuminurie dans 6, 5 pour 100 des cas. Cette albuminurie est d'origines diverses et sa signification n'est pas égale. Il y a des albuminuries qui se rattachent aux affections rénales diverses, d'autres sont de nature spécifiquement tuberculeuse. Les signes cliniques et même l'analyse des urines ne sont pas suffisants pour établir le diagnostic certain de la nature des troubles. La vérification anatomique souligne l'insuffisance des méthodes d'investigation, et même l'étude fonctionnelle et bactériologique ne peuvent apporter toute la lumière désirée. Bien que, dans de nombreux cas, la précision du diagnostic de l'albuminurie n'ait qu'une signification théorique, néanmoins, son intérêt n'en est pas diminué, surtout si l'on se place au point de vue des méthodes thérapeutiques, soit actuellement en vigueur, soit à venir.

Fribourg-Blanc.

Grégoire Czemerys. ***Variation du taux d'acide lactique dans le sang au cours de la tuberculose pulmonaire*** (*Gruzlica*, IXe année, n° 1, 1934). — L'acide lactique contenu dans le sang au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire subit des variations quantitatives importantes. Une étude faite sur 56 malades atteints de tuberculose pulmonaire dans des formes et à des périodes différentes et chez 5 sujets sains enseigne que le dosage d'acide lactique dans le sang peut présenter un certain intérêt pronostique. C. constate que, plus les lésions sont extensives, plus l'organisme est soumis à l'action des toxines, plus le muscle cardiaque est insuffisant et l'oxygénation des tissus défectueuse, plus le taux d'acide lactique est élevé. Ainsi le chiffre normal de 0,009 à 0,011 pour 100 gr. de sang peut atteindre le taux de 0,022 à 0,028 pour 100. La détermination du taux d'acide lactique dans le sang est un moyen qui vient s'ajouter à d'autres moyens d'investigations utiles pour juger exactement de l'état du malade.

Fribourg-Blanc.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE (Paris)

Jean Tarneaud. ***Laryngologie et chronaxie (Etude de l'image laryngoplégique)*** [*Annales d'Oto-laryngologie*, n° 5, Mai 1934]. — La notion de chronaxie, inusitée jusqu'à ce jour en pathologie laryngée, est importante. Elle permet de comprendre que des lésions du système nerveux central puissent déterminer des modifications permanentes ou passagères de la chronaxie de subordination, manifestées sous l'influence du cerveau. A cette étiologie, peut être rapportée la paralysie des dilatateurs ou *paralysie de la respiration*, trouble permanent dû à une lésion cérébrale syphilitique, syringobulbique ou encéphalitique.

Du même ordre est la *paralysie de la phonation* qui, passagère, a toujours été traitée de trouble fonctionnel. Or, un trouble fonctionnel a toujours une cause organique et la paralysie de la phonation, quelle qu'en soit la cause, résulte forcément d'hétérochronisme de la conductibilité nerveuse. L'hystérie ne résulte-t-elle pas d'un affaiblissement de tension nerveuse (Pavlow, Pierre Janet) ?

De même, l'image laryngée de la voix ventriculaire (Rethi), pouvant résister plusieurs années, provient également d'une disjonction chronaxique à point de départ central.

Si, dans la paralysie récurrentielle totale, les fibres abductrices sont atteintes les premières, on n'explique pas pour quelles raisons l'adduction n'existe pas, alors que, dans la section du nerf dilatateur, elle est conservée.

La conception de disjonctions chronaxiques permet seule de comprendre le mécanisme physiologique et pathologique du récurrent qui ne présente pas de fibres électives pour l'abduction et l'adduction, mais seulement des incitations du courant nerveux différenciées pour ces deux fonctions.

L'immobilisation totale d'une corde vocale en position paramédiane peut présenter une paralysie récurrentielle totale en évolution.

Dans ce cas, cliniquement indéniable, la situation de la corde s'explique par les disjonctions chronaxiques causées par la lésion progressive atteignant le nerf. Il s'ensuit une élévation de la chronaxie du récurrent qui peut donner une image laryngoplégique transitoire en position médiane, parce que la disjonction chronaxique est totale pour l'abduction et partielle pour l'adduction.

Telle est l'explication des faits groupés sous la dénomination de loi de Semon s'accordant avec les données de la chronaxie, les étiologies particulières de ces *laryngoplégies*, l'évolution des paralysies récurrentielles et les observations cliniques.

LEROUX-ROBERT.

Reidar Schroeder (Copenhague). ***Que signifie la présence de bacilles diphtériques dans le nez et la gorge de malades atteints d'affections nasales chroniques*** (*Annales d'Oto-laryngologie*, n° 5, Mai 1934) ? — La question de la présence de bacilles diphtériques dans le nez et la gorge d'individus « normaux » a provoqué une quantité de recherches concernant surtout les enfants. Il s'agit le plus souvent de porteurs de germes ayant vécu dans le voisinage de diphtériques et qui se trouvaient immunisés. Parfois, il ne s'agit pas de bacilles diphtériques vrais. Chez des individus atteints d'affections nasales on a trouvé, sur 126 cas, 39 porteurs de bacilles, souffrant tous de rhinites chroniques de diverse nature. Dans aucun cas, l'affection ne présentait d'indices cliniques particuliers justifiant la désignation de « rhinitis chronica diphterica ». Il faut admettre que l'apparition de bacilles diphtériques dans les cavités nasales en état d'inflammation chronique est un phénomène secondaire.

Au point de vue thérapeutique, on doit admettre que le sérum anti-diphtérique employé dans le traitement des formes chroniques de rhinite avec sécrétions contenant des bacilles diphtériques est sans effet. Les souches diphtériques isolées ont été 10 fois virulentes pour le cobaye, sur 39 souches. La question de virulence de ces souches par rapport à l'homme n'a pu être envisagée, mais il est vraisemblable que ces porteurs de bacilles étaient une source de diphtérie.

Il conviendrait, non pas d'isoler les porteurs de bacilles, ce qui est pratiquement et socialement impossible, mais de chercher *à protéger leur entourage* par une immunisation active à l'aide de l'anatoxine diphtérique, car on peut admettre que dans la suite, les porteurs de germes, en répandant la diphtérie, renforcent dans le reste de la population la faculté de créer un anticorps.

LEROUX-ROBERT.

L'ENCÉPHALE (Paris)

R. Dupouy et **M. Delaville.** ***Du traitement des toxicomanies par les lipides végétaux*** (*Encéphale*, t. XXIX, n° 3, Mars 1934). — La désintoxication des opiomanes, morphinomanes et héroïnomanes comporte des difficultés considérables. Il faut lutter contre le « besoin » du malade sevré, besoin aux manifestations dramatiques, angoisse, agitation, nausées, diarrhée, lipothymie.

Selon l'hypothèse la plus vraisemblable, le toxique se fixe intimement sur les neurones, dans les lipoïdes desquels il est soluble comme tous les poisons neurotropes. D. et D. ont imaginé de lui substituer des lipides végétaux, sous forme d'une préparation huileuse, dite « huile DD. » à base d'huile de ricin et de lécithine.

Aux injections bi-quotidiennes de cette préparation, ils adjoignent une cure d'insuline, des modificateurs appropriés du système végétatif, et des hypnotiques, destinés à reconstituer les fonctions de nutrition, et à apaiser l'éréthisme nerveux.

Cette méthode permet de conduire la désintoxication de l'organisme dans un délai de 5 jours. N'imposant à aucun instant une spoliation chimique ni une souffrance aux cellules nerveuses, elle réduit au minimum le besoin et les accidents de la désintoxication.

30 observations sans accidents ni échecs.

G. D'HEUCQUEVILLE.

MARSEILLE MÉDICAL

M. Arnaud. ***Deux observations de troubles vaso-moteurs encéphaliques graves d'origine traumatique, traités et guéris par l'acécoline*** (*Marseille médical*, t. LXXI, n° 10, 5 Avril 1934). — Chez un traumatisé grave de 43 ans, ayant présenté une hémorragie méningée avec signes d'excitation corticale, épilepsie, agitation, signe de Kernig et raideur de la nuque, etc., l'injection de 10 centigr. de chlorhydrate d'acétylcholine produisit une amélioration considérable qui se maintint les jours suivants.

Un jeune homme de 19 ans, renversé par une automobile, présenta un état narcoleptique dont le tiraient les injonctions fortes et un œdème discret de la papille gauche avec artère rétinienne diminuée de calibre. La ponction lombaire montra un liquide rosé, de tension 13 au manomètre de Strauss, sans blocage. L'injection quotidienne d'acétylcholine amena une amélioration rapide et la guérison complète.

De ces deux observations, A. conclut « qu'une médication vaso-dilatatrice aussi élective que l'acétylcholine agit favorablement dans certains cas de traumatismes craniens où les troubles vaso-moteurs sont à l'origine des accidents ».

ROBERT CLÉMENT.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Philipp. ***Cancer utérin et manifestations osseuses*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 19, 11 Mai 1934). — Les complications osseuses du carcinome utérin étaient considérées comme exceptionnelles, à l'inverse des cancers prostatiques ou mammaires.

Cependant, l'examen systématique pratiqué par P. lui a montré la participation du système osseux à la séméiologie des cancers utérins dans un nombre de cas beaucoup plus important que ne le signalent les classiques. Il est possible que le traitement actuel des cancers assurant une survie plus prolongée permette ainsi l'apparition de complications secondaires qui n'avaient pas le temps de se produire avant le perfectionnement des procédés thérapeutiques agissant sur le cancer primitif.

L'extension osseuse dans 15 pour 100 des cas a été signalée récemment en Amérique, confirmant les observations de P. et montrant qu'il ne s'agit pas d'un fait épisodique.

Les métastases se font habituellement par propagation de voisinage et non par voie vasculaire : c'est le sacrum, l'os iliaque ou la colonne lombaire qui seront atteints directement ou par l'intermédiaire de masses ganglionnaires cancéreuses érodant la face antérieure des os.

Le diagnostic se fait à l'aide des signes cliniques et surtout radiologiques. Il n'entraîne d'ailleurs aucune thérapeutique efficace, tout au plus peut-on tenter d'atténuer les douleurs. Mais la constatation de ces complications osseuses a une importance pronostique grave.

G. DREYFUS-SÉE.

Riedel. ***L'anamnèse familiale considérée au point de vue de l'hérédité biologique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 20, 18 Mai 1934). — Les nouvelles lois sociales allemandes ont créé pour le médecin une série de problèmes concernant son rôle de collaborateur essentiel au fonctionnement de ces lois.

1° *La politique de repopulation* comportera des mesures telles que les prêts aux jeunes gens désirant se marier, les diminutions d'impôts, la répartition des salaires aux membres de familles nombreuses, etc. Mais toutes ces mesures ne seront applicables qu'aux sujets pouvant présenter un certificat de bonne santé, et l'enquête complète

biologique des ascendants est indispensable pour affirmer l'absence de tare héréditaire transmissible.

2° Ces conditions sont plus strictes encore pour les décisions chirurgicales *de stérilisation des sujets porteurs de maladies héréditaires.* Le décret du 5 Décembre 1933 crée pour le médecin l'obligation de dénoncer au médecin de district toute personne atteinte d'une des 9 affections héréditaires reconnues qu'il a eu l'occasion de soigner.

Pour porter avec précision ces diagnostics et utiliser les diverses données héréditaires connues, le médecin doit pouvoir établir le tableau héréditaire pathologique des ascendants et des descendants du malade.

Jusqu'à présent le tableau de la descendance ne comportait que les descendants directs porteurs du nom familial, alors que les ascendants comprennent les 2 parents, les 4 grands-parents, etc. Or, si ces notions suffisent à retrouver les affections héréditaires du type dominant, elles ne permettent pas de déceler les affections du type récessif qui sautent souvent de multiples générations et ne seront donc appréciables que par l'examen de lointains collatéraux. Quelque complexe que soit l'établissement d'un tel tableau, il faut donc lui faire comprendre tous les ascendants et descendants directs et indirects, en atteignant ainsi les lignées collatérales même éloignées, alliées par mariage. L'emploi de numéros d'ordre et de couleurs différentes rendra moins malaisé le repérage des alliances. Des difficultés spéciales résultent de l'imprécision de certaines notions transmises par des personnes non médicales : diagnostics de maladies, causes de morts; certaines maladies conservent un renom de maladies secrètes, honteuses; certaines psychopathies peuvent être intentionnellement cachées par les membres de la famille. On devra d'ailleurs tenir compte surtout des diagnostics portés récemment et se méfier des notions anciennes datant de périodes où la précision des diagnostics médicaux était moins grande.

3° *La question du secret professionnel* est également en cause. R. considère qu'il s'agissait là d'une notion surtout destinée à protéger l'individu et qui devra s'adapter aux idées sociales nouvelles. « En ce qui concerne le secret professionnel, dit-il, le principe de la prééminence des nécessités générales sur les nécessités individuelles doit triompher, et, dans le cas de conflit, les intérêts communs primeront les intérêts particuliers. » La déclaration obligatoire légale donne au médecin la base de droit juridique qui lui manquait jusqu'alors.

Le praticien aussi bien que l'homme de science doit être au courant de ces diverses questions. Si certains cas particuliers complexes nécessitent l'intervention de spécialistes scientifiques de biologie héréditaire, il importe que le praticien ne laisse pas s'établir là une spécialisation nouvelle qui empiéterait sur ses droits. Il doit être instruit au cours de ses études des notions essentielles de biologie héréditaire et d'eugénétique lui permettant de prendre une part active à cette partie nouvelle du domaine médico-social allemand.

G. Dreyfus-Sée.

G. Donalies. ***Le questionnaire médical à remplir lors de l'admission d'un malade dans un établissement de soins*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 20, 18 Mai 1934). — La loi prophylactique destinée à éviter la procréation de sujets tarés héréditairement nécessite une collaboration du médecin et plus encore du psychiatre. C'est ainsi que les fiches d'interrogatoire de l'entourage d'un malade psychopathe admis dans un établissement de soins prennent une grande importance. Ces questionnaires, rendus légalement obligatoires, son en effet indispensables pour préciser ultérieurement les données essentielles permettant de poser le diagnostic d'affection héréditaire. D. insiste en conséquence sur l'importance de bien mener cet interrogatoire, de faire préciser le détail des symptômes, et de se garder de faire des interprétations abusives des réponses de parents souvent peu observateurs ou incapables de bien exposer ce qu'ils ont vu.

Le questionnaire, qui était jusqu'à présent une formalité hospitalière, est devenu, en Allemagne, une forme de la collaboration médicale à l'exécution des lois destinées à la prophylaxie des maladies héréditaires.

G. Dreyfus-Sée.

Schultz. ***Le retentissement physique des dépressions psychiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 22, 1er Juin 1934). — Les dépressions psychiques physiologiques ou pathologiques constituent des variations générales de l'organisme, retentissant sur le fonctionnement de tous les organes. Il est certain que les prédispositions héréditaires ou acquises joueront un rôle dans le développement des troubles et pourront entraîner leur prédominance sur l'un ou l'autre des viscères.

C'est ainsi que les troubles fonctionnels peuvent constituer une manifestation liée à l'état dépressif: tels sont les troubles du sommeil, les anorexies, les troubles sexuels, certains états vagues de malaise général avec perte de poids et altérations circulatoires imprécises sans substratum organique décelable.

Mais lorsque au cours d'un état dépressif on note des troubles fonctionnels dominant sur un appareil, il n'en résulte pas que ces lésions fonctionnelles soient à l'origine des troubles psychiques et que leur guérison entraîne la sédation des phénomènes généraux. S'il importe de traiter les lésions organiques existantes, il faut néanmoins se garder d'escompter la disparition immédiate des manifestations dépressives dont la persistance constituerait ultérieurement une grave déception pour le malade et son entourage non avertis.

Le traitement psychique demeure indispensable et ne doit pas être négligé même lorsque des troubles physiques ont tendance à accaparer l'attention. C'est ainsi que certains hypertendus, angineux, ulcéreux digestifs, présentant de l'angoisse, de la crainte, de la dépression mélancolique, devront être moralement soutenus soit par le médecin traitant, soit dans les cas accentués par un psychiatre spécialisé. Le rôle du médecin dans ces cas ne sera donc pas terminé lorsqu'il aura porté le diagnostic et assuré la thérapeutique médicamenteuse ou diététique de ces malades chez lesquels le facteur psychique joue un rôle presque aussi important que les lésions organiques.

Dans quelques cas, en dehors du traitement étiologique, une cure symptomatique d'opiacés sera utile lors de la persistance de l'état dépressif.

G. Dreyfus-Sée.

Toppich. ***Découverte de nématodes dans le cerveau d'un cas de pellagre*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 22, 1er Juin 1934). — T. rapporte l'observation d'une malade de 40 ans traitée à l'hôpital pour manifestations psychiques, dépressives avec accès d'agitation, anxiété, terreurs, etc. Elle présentait des lésions cutanées pellagreuses typiques, une cachexie progressive avec anémie et des crises diarrhéiques répétées. Ces divers troubles entraînèrent la mort au cours d'un syndrome qui imposait le diagnostic de pellagre. L'examen nécropsique montre dans le cerveau les lésions histologiques signalées dans la pellagre mais également retrouvées dans diverses affections cachectisantes. Le fait spécial à cette observation est la découverte dans la région basale chiasmatique d'une réaction méningée lymphocytaire et d'une épendymite avec infiltration périvasculaire provoquées par la présence d'un parasite animal (nématode) retrouvé en 3 endroits. C'était un mâle adulte nageant dans le liquide du 3e ventricule, et deux formes animales jeunes non évoluées sans cuticule. Ces animaux n'appartenaient pas aux espèces habituellement observées chez l'homme.

T. n'affirme nullement la relation de cause à effet entre la maladie et ce parasite que rien ne permet de considérer actuellement comme le parasite causant la pellagre. Mais dans l'incertitude des notions étiologiques déterminantes de cette maladie, il importe de retenir ce fait. La notion de parasitose expliquerait, en effet, certaines particularités de la maladie, et il pourrait être intéressant d'entreprendre des études systématiques dans ce sens.

G. Dreyfus-Sée.

Silter. ***Extension de l'infection tuberculeuse et des manifestations pathologiques de la tuberculose entre 5 et 25 ans*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 23, 8 Juin 1934). — La multiplication des examens radiologiques, systématiques aux sujets de divers âges, a fourni des notions très importantes pour l'étude épidemiologique et pratique de la tuberculose.

Ces examens en série, qui permettent de dépister précocement les tuberculeux et, par conséquent, de les traiter dès le début, ont montré qu'il existait à côté de la tuberculose maladie une série de cas d'infection tuberculeuse latente ne donnant lieu à aucune manifestation pathologique.

Durant la guerre, les tuberculino-réactions en série et de nombreuses vérifications nécropsiques avaient amené Hamburger et Römer à admettre que dans des milieux infectés de tuberculose la plupart des sujets franchissaient la limite de l'âge infantile. L'infection tuberculeuse de la grande majorité des sujets se ferait donc dans le premier âge, et Römer admet qu'elle est accomplie avant la 18e année, alors que Lange croit que 40 pour 100 des sujets font leur première infection à l'âge pubertaire, de telle sorte que ce n'est que vers la 30e année qu'on peut mettre la limite de l'infection tuberculeuse généralisée à tous les individus.

Pour la mise en évidence de l'infection tuberculeuse on ne saurait se contenter de la cutiréaction. Une intra-dermo-réaction tuberculinique devra compléter la première épreuve si celle-ci était négative, et il est regrettable de voir des statistiques importantes basées sur la seule cuti- ou même sur l'épidermo-réaction (statistiques américaines et hongroises, par exemple).

Souvent, il faut répéter les épreuves avec concentration progressive de la solution tuberculinique avant de conclure. Les différences entre les diverses statistiques, les communications affirmant la régression de la tuberculose, s'expliquent malheureusement souvent par des insuffisances de techniques qui leur enlèvent toute valeur.

Après une critique serrée des travaux publiés, on peut tenir compte de certains d'entre eux.

Ainsi: Opie et ses collaborateurs, sur 4.107 enfants des écoles, de 5 à 18 ans, pratique des intra-dermo-réactions avec doses de tuberculine croissante (0,01, 0.1, 1,0 milligr.). 2.216 d'entre eux sont examinés aux rayons. Les réactions positives sont de 37,7 pour 100, à 5 ans, avec 1/20 présentant des lésions radiologiques et augmentent jusqu'à 90 pour 100 à 18 ans avec 1/4 présentant des lésions radiologiquement manifestes.

De 19 à 25 ans les épreuves de Hedvall et Malmros en Suède montrent : 89 pour 100 résultats positifs sur 862 étudiants (cuti- et intra-dermo-réactions) ; 98,9 pour 100 résultats positifs sur 192 étudiants en médecine (cuti- et 2 intra-dermo-réactions).

Les résultats personnels de S. sur 600 étudiants en médecine aboutissent aux mêmes résultats.

Il admet donc que la population entière, dont ces enfants et étudiants venant de tous milieux représentent bien l'image, peut être considérée comme infectée par la tuberculose à partir de la 20e année.

Les études radiologiques et anatomo-pathologiques permettront de vérifier combien de ces tuberculoses évoluent.

Kattentidt sur 10.121 étudiants à Munich trouve: 1,34 pour 100 de tuberculose active, ouverte ou non ouverte, et 21,72 pour 100 de tuberculose inactive.

Sur 1.863 étudiants à Hanovre, les résultats sont comparables (1,13 pour 100 de tuberculose active, 21,15 pour 100 de tuberculose inactive). Ainsi, alors que l'homme paraît toujours et à tout âge réceptif à l'infection tuberculeuse, il semble que les manifestations pathologiques ne surviennent que chez une proportion très restreinte des sujets. Les facteurs héréditaires et acquis occasionnels (position sociale, nutrition, etc.) interviennent dans le déterminisme des accidents. La défense anti-tuberculeuse, qui se développe chez l'homme infecté et lutte contre l'action pathogène du microbe, repose sur des forces immunitaires qui apparaissent au cours même de l'infection et s'opposent aux bacilles contenus dans l'organisme ainsi qu'à ceux qui seraient de nouveau absorbés.

En tout cas, la généralisation des examens systématiques radiologiques de sujets apparemment sains est à préconiser : elle existe depuis peu dans les écoles supérieures et on tend à la pratiquer dans toutes les écoles et chez tous les soldats.

G. Dreyfus-Sée.

Reichel et **W. Naumann.** ***Le destin ultérieur des infiltrats précoces tuberculeux (Fruh infiltraten).*** [*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 23, 8 Juin 1934]. — 14 infiltrats précoces tuberculeux (forme isolée typique de foyer tuberculeux lors du début clinique de l'affection: Assmann) ont été observés par R. et N. dès le stade de foyer circulaire limité et revus par eux après un délai variant de 10 à 20 ans, puis dans 9 cas revus de nouveau après 6 à 4 ans.

Les signes cliniques, malaises, température, signes physiques, réaction de sédimentation, ainsi que l'image radiologique, permettent d'affirmer pour ces 14 cas la tuberculose active évolutive.

Dans 1 cas l'infiltrat disparut totalement, dans 6 cas une tuberculose bénigne évolua et les 7 derniers cas montrèrent une cicatrice radiologiquement décelable. Comme on sait qu'une partie de ces séquelles radiologiques est constituée par une tuberculose latente, on peut admettre que dans plus de la moitié des cas une tuberculose pulmonaire succède aux infiltrats précoces, même s'il s'agit habituellement de tuberculose bénigne.

L'étude de l'évolution de ces formes est donc favorable en ce qui concerne la vie des malades, mais montre la persistance et la non-guérison absolue de la plupart de ces manifestations.

G. Dreyfus-Sée.

Kalk. ***Relations entre le lobe antérieur hypophysaire et les surrénales*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 24, 15 Juin 1934). — Souvent, on a étudié expérimentalement les relations entre le lobe antérieur de l'hypophyse et les surrénales. Une observation clinique vient confirmer ces notions et prend de ce fait une importance pratique non négligeable.

La malade de K., âgée de 14 ans, était atteinte de cachexie hypophysaire typique résistant à tous les traitements par ingestion ou injection d'extraits hypophysaires, et ne présentant nulle amélioration à la suite d'un essai de greffe hypophysaire.

Par contre, l'injection sous-cutanée d'extrait surrénal cortical (3 injections quotidiennes de 2 cmc de pancortex correspondant à environ 60 gr. de surrénale par jour) amena en quelques jours une reprise de poids, d'appétit, une modification notable du métabolisme basal, une amélioration du fonctionnement de tous les organes déficients.

Cette observation, intéressante du point de vue de la thérapeutique pratique, est à retenir également comme élément de confirmation du rôle déclenchant des surrénales dans le syndrome clinique de la cachexie hypophysaire.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Dienst et **Neter.** ***Scarlatine et menstruation (Contribution à l'étude des relations entre scarlatine et processus hormonaux)*** [*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 16, 20 Avril 1934]. — La scarlatine débutant au cours de la menstruation ne peut être considérée comme une scarlatine de blessé, la plaie utérine ne constituant certainement pas la porte d'entrée de l'infection. En effet, le début de l'éruption se fait à distance des régions génitales et, en outre, l'angine est dans ces formes aussi typique que lors des scarlatines banales. Rien ne permet donc de rapprocher la scarlatine menstruelle de la scarlatine puerpérale.

Le début de la scarlatine au cours des règles n'est d'ailleurs nullement plus fréquent que ne le ferait penser le calcul des probabilités.

Dans nombre de cas, la scarlatine détermine une apparition prématurée des règles qui surviennent en même temps que l'exanthème. Il est probable que la scarlatine influence le cycle hormonique; cette action explique aussi que la scarlatine rare durant la grossesse soit fréquente au cours de la puerpéralité.

G. Dreyfus-Sée.

A. Engelhard. ***Importance pratique de l'hypoglycémie spontanée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 18, 4 Mai 1934). — Nombre de tableaux cliniques ont été décrits dont la cause paraît être une hypoglycémie spontanée. Pour parer rapidement à ces troubles, il importe de pouvoir les diagnostiquer de façon précise.

E. publie 3 observations illustrant bien le polymorphisme de cette affection.

Le premier cas concerne une femme qui présentait des crises de fatigabilité intense, avec dépression psychique, troubles de la mémoire et sensation d'asthénie physique très marquée. Les troubles d'assimilation hydrocarbonée dominent le tableau clinique qui trouve sa justification dans la constatation d'une notable hypoglycémie. L'absorption excessive de sucre destiné à lutter contre les phénomènes amène de l'obésité.

Le deuxième malade présente surtout des troubles dyspeptiques dans tout le domaine du vague.

Dans le troisième cas, il s'agit de manifestations névrosiques cardiaques et vago-sympathiques entraînant également des troubles digestifs et psychiques.

L'importance du rôle de la cause humorale dans ces phénomènes complexes doit tout d'abord être établie. Lorsqu'elle existe, elle commande, en effet, un traitement très prudent dirigé contre les troubles de l'assimilation en s'efforçant de parer aux phénomènes pathologiques sans entraîner de conséquences néfastes telles que l'obésité. Un traitement symptomatique comportant des sédatifs nerveux et des médicaments régularisant le système vago-sympathique sera en outre administré.

G. Dreyfus-Sée.

J. Keis. ***Contribution à la pathogénie de l'emphysème médiastinal et du pneumothorax dans les opérations sur le goitre*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 18, 4 Mai 1934). — Aux 7 cas connus s'ajoute un 8e cas observé par K. comportant un emphysème médiastinal et un pneumothorax bilatéral sans lésion pleurale ni altération pulmonaire.

Des observations analogues ont été faites dans tous les cas. La proximité de la cavité médiastinale rend en outre difficilement explicable la rareté de ces accidents qui semblerait théoriquement devoir se produire assez fréquemment. Les accidents médiastinaux semblent en réalité relever d'une conformation anatomique spéciale comportant d'ailleurs de nombreux facteurs accidentellement et, par conséquent, rarement réunis.

En ce qui concerne le pneumothorax bilatéral constaté à 4 reprises, l'explication en est fournie par des données expérimentales montrant la formation de petites bulles gazeuses au niveau de la plèvre médiastinale, l'air ayant tendance à filtrer de plus en plus par leur intermédiaire dans les cavités pleurales, sous l'influence des mouvements respiratoires et cardiaques qui exercent une sorte de massage intra-thoracique sur le médiastin rempli d'air.

G. Dreyfus-Sée.

M. Kasper. ***Méningite purulente due aux bacilles de l'influenza*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 23, 8 Juin 1934). — La méningite purulente due aux bacilles de l'influenza a été observée de plus en plus fréquemment depuis les recherches de Pfuhl.

Les 2 cas suivis par K. ont été diagnostiqués durant la vie par l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et l'autopsie a confirmé le diagnostic de méningite purulente.

Il est important de souligner que les 2 cas ont été observés dans un court espace de temps, cette répétition des cas paraissant assez fréquemment signalée.

G. Dreyfus-Sée.

Haberer. ***Résultats de l'opération de Ramstedt dans la sténose pylorique du nourrisson*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 24, 15 Juin 1934). — Dans cet article H., qui semble ignorer les travaux français importants sur cette question, s'efforce de répondre à certaines objections qui auraient été faites en Allemagne.

Il apporte en particulier une statistique portant sur 102 cas avec 7 morts, dont 2 dues à des fautes de technique du chirurgien encore peu expérimenté, et les 5 autres survenues malgré une intervention correcte chez des enfants chez lesquels le diagnostic avait été porté trop tardivement alors que les troubles du métabolisme général étaient profonds et graves.

Quelques points de technique sont à signaler. De crainte de hernie ultérieure, H. pratique, surtout chez les enfants très amaigris et à musculature déficiente, une incision latérale droite au niveau du grand droit qu'il récline. L'anesthésie générale pratiquée durant plusieurs années n'avait donné lieu à aucun incident; cependant, sur la demande des pédiatres, H. emploie actuellement une anesthésie locale à la tutocaïne après administration sédative de luminal à l'enfant. Moins commode pour l'opérateur, ce procédé présente des avantages pour nombre de nourrissons fragiles qui paraissent subir un choc opératoire moindre.

Dans l'ensemble, il importe d'insister sur les suites opératoires favorables, sans trouble ultérieur relevé dans l'avenir chez les jeunes opérés et la faible mortalité opératoire, les accidents étant habituellement dus à des interventions trop tardives.

La coopération intime médico-chirurgicale est donc indispensable afin d'entreprendre sans risque le traitement conservateur sans toutefois le prolonger au delà du moment où l'état général est encore suffisant pour permettre une intervention dans de bonnes conditions.

La non-observation de ces règles capitales grève certaines statistiques et explique que des observa-


VACCIN
DEMONCHY
25 milliards de gonocoques
de 12 souches différentes par C.C.
BLENNORRAGIE
ET SES COMPLICATIONS
THERAPLIX
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE
D'APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES
98, Rue de Sèvres, PARIS 7e
Tél: Ségur: 70-27 et la suite
LE VACCIN
à grande puissance

tions et des statistiques publiées soient passibles parfois de sévères critiques.

G. Dreyfus-Sée.

Kattentidt. ***Tuberculose latente et croissance*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXI, n° 24, 15 Juin 1934). — Des observations rassemblées depuis 1929 et comportant 30.000 étudiants munichois, K. conclut à la fréquence de la tuberculose latente, non décelable par l'examen clinique, compatible avec une vie normale et même des épreuves sportives, et seulement décelable par l'examen radiologique systématique. Cette phase latente peut durer en moyenne 3 années. Elle s'observe chez ces sujets de 18 à 25 ans d'autant plus fréquemment que ces étudiants sont plus âgés. Les découvertes radiologiques sont surtout nombreuses en été, ce qui paraît explicable par l'influence déclanchante fréquente du printemps.

Chez ces jeunes gens de 18 à 25 ans, se croyant bien portants, K. a décelé une tuberculose ouverte active chez 1 pour 200, des séquelles cicatricielles de lésions tuberculeuses étendues et accentuées chez 1/15, et enfin des cicatrices de lésions éteintes chez 1/5.

Le danger personnel encouru par ces malades, le risque de contagion pour leurs camarades sont d'autant plus grands qu'il s'agit souvent de collectivités importantes comprenant nombre d'étudiants d'origine campagnarde. Ceux-ci peuvent présenter des formes de tuberculose plus gravement évolutive et, en outre, répandre dans leur entourage villageois la redoutable maladie.

Le procédé prophylactique essentiel et indispensable est constitué par l'examen radiologique systématique.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Künsztler. ***Fonction vicariante du cholédoque après ablation de la vésicule biliaire*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 19, 5 Mai 1934). — On a montré que chez l'animal survenait après cholécystectomie une véritable incontinence du sphincter d'Oddi, puis au bout de quelque temps s'observait un renforcement de la musculature de ce sphincter et l'incontinence cessait. Il en va ainsi chez l'homme, et, après ablation de la vésicule, le cholédoque acquiert la propriété de se vider de façon rythmique au moment de la digestion. Ce mécanisme vicariant s'accompagne fréquemment d'un élargissement passif des canaux biliaires intra-hépatiques, ce qui n'entraîne d'ailleurs pas de gain fonctionnel car ils ne contiennent pas de bile plus concentrée. Mais ce travail de concentration se trouve cependant réalisé par le cholédoque d'abord, qui est capable jusqu'à un certain point de concentrer la bile, mais surtout par le foie sous la forme de poïkilochromie et de pléiochromie. En période non digestive, le foie excrète très probablement même chez l'individu privé de sa vésicule une bile de concentration normale et de couleur jaune d'or.

G. Basch.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

P. Nélis et **J. Piérard.** ***Essai de traitement de la furonculose au moyen de l'anastaphylotoxine*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. VI, n° 4, Avril 1934). — Les staphylocoques peuvent sécréter une toxine qui, inoculée à doses progressivement croissantes, telle quelle ou atténuée, fait apparaître dans le sérum des animaux traités une antitoxine qui neutralise la toxine *in vitro* et *in vivo* et produit avec celle-ci, *in vitro*, le phénomène de la floculation. On peut donc supposer qu'un organisme capable de neutraliser la toxine staphylococcique par la production d'une antitoxine spécifique serait en meilleur état de défense vis-à-vis du staphylocoque.

Une toxine staphylococcique active, c'est-à-dire provoquant l'hémolyse au 2/1000 et tuant le lapin en injections intra-veineuses à la dose de 0,2 cmc par kilogramme d'animal, filtrée, contrôlée quant à sa stérilité, additionnée de 5 pour 1.000 de formol et portée à l'étuve à 37°, perd sa toxicité et son pouvoir hémolytique.

Cette anastaphylotoxine a été utilisée pour le traitement de la furonculose aux doses de 1/4 à 1 cmc, tous les trois ou quatre jours. La plupart des 26 malades traités ont été heureusement influencés. L'action favorable se traduit après quelques injections par une diminution de volume des nouveaux éléments et une évolution plus rapide; enfin, autant qu'on en puisse juger avec le recul actuel, l'action curative paraît se maintenir. Dans 2 cas, il y a eu échec total de la méthode.

Il y a eu peu de réactions générales: un malade a accusé de la lassitude, de la somnolence, des malaises et de la température; un autre a présenté une poussée d'urticaire. Les réactions locales furent constantes et en général assez marquées sous forme d'un érythème simple, ortillé ou œdémateux, douloureux à la pression, atteignant les dimensions d'une paume de main.

Robert Clément.

A. Landau et **J. Wajsman** (Varsovie). ***Etude clinique sur le diabète insipide. Premier mémoire. Diabète insipide, hydro et chloro-régulation et leur comportement sous l'influence du novasurol et des extraits hypophysaires*** (*Revue belge des Sciences médicales*, t. VI, n° 4, Avril 1934). — Chez un jeune homme de 16 ans, atteint de diabète insipide, on a fait de nombreux dosages sanguins et urinaires en vue d'étudier le métabolisme de l'eau et du chlore et l'action des extraits hypophysaires et du novasurol.

Au début, avec une diurèse de 8 litres et une densité de 1.001, la concentration urinaire du chlore était faible, 0 gr. 9 par litre, et la quantité de chlore urinaire émis en 24 heures était de 7 gr. 25.

Un régime pauvre en sel diminua la diurèse, sans changer la concentration chlorurée de l'urine. Le poids du corps diminua de 1 kilogr. 600. L'organisme se comporte normalement au point de vue des échanges aqueux puisqu'il perd de l'eau avec le régime pauvre en sel. Le régime hypochloruré n'a pas augmenté la concentration du sang; celui-ci se défend contre les pertes en eau aux dépens des tissus.

Une surcharge du régime en chlorure de sodium a provoqué une ascension violente de la diurèse sans changer le poids spécifique de l'urine et la concentration des chlorures urinaires. L'ingestion de sel augmente la concentration du sang. Une partie de l'eau éliminée provient de l'eau du sang.

Le métabolisme azoté n'est pas modifié et l'administration de 20 gr. d'urée n'influence pas la diurèse et ne modifie pas les propriétés de l'urine.

Les extraits de lobe postérieur d'hypophyse exercent leur action avant tout sur les tissus en augmentant leur hydrophilie et en réduisant ainsi la polyurie. Ils augmentent la concentration rénale des chlorures.

Le novasurol inhibe la polyurie en agissant sur les reins; il influe aussi sur les tissus en mobilisant l'eau et le sel. Le mécanisme de l'action inhibitrice du novasurol diffère donc totalement de celui des extraits de lobe postérieur d'hypophyse.

Robert Clément.

ARCHIVOS DE MEDICINA CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

A. Vallejo. ***L'hypo-fonctionnement ovarien dans l'étiologie du diabète*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. XXXVII, n° 18, 5 Mai 1934). — Toutes les perturbations endocriniennes, par le jeu des inter-réactions glandulaires, peuvent déterminer un diabète pancréatique. Tels les troubles surrénaux, hypophysaires, et, en particulier, les troubles ovariens.

V. a recueilli 100 observations de femmes diabétiques. Dans 86 cas, il a constaté que le diabète apparaissait à l'occasion d'une période d'insuffisance ovarienne, parmi lesquels 12 à la suite de troubles ovariens fonctionnels, 19 de castration, 48 de ménopause naturelle.

Les injections d'extrait ovarien abaissent transitoirement la glycémie. La plupart des diabétiques observées étaient hypo-vagotoniques, et l'administration de pilocarpine produit également, à la manière de l'insuline, une diminution de la glycémie.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

C. Randall. ***Agranulocytoses dues aux barbiturates et à l'amidopyrine*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 14, 7 Avril 1934). — Depuis quelques années, les Américains insistent beaucoup sur le rôle possible des barbituriques et de l'amidopyrine, notamment de l'allonal, dans l'étiologie de l'agranulocytose: la toxicité de ces corps étant due vraisemblablement au radical benzène qu'ils contiennent, et ne s'observant que chez quelques rares individus prédisposés.

R. rapporte une observation d'agranulocytose relativement bénigne survenue quelques heures après l'ingestion de divers composés contenant des barbituriques et de l'amidopyrine: mais il est difficile d'affirmer qu'il y eut réellement relation de cause à effet ou simplement coïncidence. La question est encore à l'étude, mais n'est pas moins intéressante, étant donné l'augmentation considérable de la fréquence de l'agranulocytose, qui est parallèle à la diffusion énorme de l'emploi des barbituriques et de l'amidopyrine.

R. Rivoire.

M. Cainter et **D. Wood.** ***Un cas d'empoisonnement mortel par le dinitrophénol*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 14, 7 Avril 1934). — Dans cet article, les auteurs rapportent l'observation détaillée du premier cas d'empoisonnement mortel observé en Amérique depuis que le dinitrophénol est entré dans la thérapeutique. Cette observation n'a d'ailleurs pas un grand intérêt, car il s'agit d'une erreur de dosage, la victime ayant absorbé 5 gr. du produit au lieu des 5 grains prescrits, c'est-à-dire 10 fois la dose thérapeutique habituelle. Cliniquement, cette intoxication fut calquée sur celle observée chez les animaux de laboratoire après injection des fortes doses du toxique : c'est-à-dire hyperthermie (plus de 44° avant la mort), frisson et polypnée; la mort survient 11 heures après l'ingestion de la drogue.

Anatomiquement, les lésions furent les suivantes : rigidité cadavérique considérable et précoce (10 minutes après la mort); congestion et œdème pulmonaire; ecchymoses dans l'endo et le péricarde, et la pie-mère; lésions rénales et hépatiques légères.

R. Rivoire.

J. de Courcy et **O. Thuss.** ***Suprarénalectomie pour hypersurrénalisme (hypertension essentielle)*** [*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 14, 7 Avril 1934]. — Les auteurs essaient dans cet article de justifier la surrénalectomie dans l'hypertension essentielle, qui serait pour eux dans tous les cas liée à une hyperplasie surrénale. Assimilant l'hypertension à la maladie de Basedow, C. et T. ont traité plusieurs cas par la surrénalectomie subtotale, c'est-à-dire l'ablation bilatérale des 3/4 des surrénales : cette opération est d'ailleurs plus logique que la surrénalectomie totale unilatérale, qui est illusoire du fait de l'hypertrophie compensatrice rapide de l'autre glande. Les deux glandes sont enlevées évidemment en deux temps, à un mois ou deux d'intervalle, et les suites opératoires sont bonnes.

Dans plusieurs cas, C. et T. ont obtenu une disparition totale de l'hypertension; dans d'autres cas, une diminution nette de la tension, avec tendance à la récidive (reviviscence des glandes ?).

En somme, contribution intéressante à une question très à l'ordre du jour.

R. Rivoire.

G. Trumess. ***Réaction allergique au dinitrophénol*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 15, 14 Avril 1934). — Les éruptions cutanées sont une complication fréquente du traitement de l'obésité par le dinitrophénol. Il s'agit d'éruptions allergiques, s'observant même avec de très faibles doses.

T. a observé un cas d'urticaire géant, ayant persisté plusieurs jours, à la suite de l'injection de 20 cmc de dinitrophénol pendant une semaine.

La nature allergique de cette réaction a été prouvée par l'existence d'une épreuve de Prausnitz-Küstner positive.

Bien que les promoteurs de la thérapeutique par le dinitrophénol considèrent que l'apparition d'une éruption n'est pas une contre-indication à continuer l'emploi du médicament, il semble, étant donné la nature allergique de ces éruptions, que la prudence conseille de s'abstenir dans ce cas.

R. Rivoire.

ARCHIVES of NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

Irving H. Pardee. ***Syndrome basophile de la pituitaire*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. XXXI, n° 5, Mai 1934). — Sous le nom de basophilisme pituitaire Cushing a décrit un nouveau syndrome clinique constitué par l'adiposité de la face et du tronc épargnant habituellement les extrémités; l'aménorrhée, ou l'impuissance chez l'homme; l'hypertrichose de la face et du tronc de type masculin chez la femme et les jeunes garçons, et la possibilité de caractères réversifs chez l'homme adulte; l'aspect pigmenté ou pléthorique de la peau, avec atrophie linéaire pourprée, acrocyanose, ecchymoses marbrées ou ecchymotiques de la peau; hypertension vasculaire; tendance à la polycythémie et à la polynucléose; ostéoporose avec ramollissement des os du squelette et cyphose; céphalée, douleur dorsale, asthénie et fatigabilité; hyperglycémie et albuminurie; syndrome d'hypertension intracranienne avec exophtalmie, diplopie, stase papillaire, baisse de l'acuité visuelle, polyphagie, polydipsie et polyurie.

Ce syndrome, qui correspond dans la majorité des cas à un adénome basophile constaté de la pituitaire, se rencontre le plus souvent chez des sujets jeunes. Il évolue soit vers la mort en 4 à 5 ans, soit vers la guérison, spontanément ou sous l'action de la radiothérapie.

P, en rapporte 7 nouveaux cas se superposant à ceux de Cushing. Il signale l'existence de syndromes mixtes s'accompagnant d'acromégalie, témoignage de l'hyperplasie des cellules acidophiles. Il insiste également sur l'association d'adénomes surrénaux avec phénomènes de virilisme et douleurs abdominales. P. estime, d'ailleurs, que la distinction entre le basophilisme pituitaire et le virilisme surrénal est souvent très malaisée.

Le basophilisme hypophysaire prépubéral ou pubéral, quand il n'est qu'un trouble du développement qui s'accompagne de puberté précoce associée aux symptômes de basophilisme pituitaire, peut être compensé et se stabiliser. Il est compatible dans ces cas avec un état de bonne santé.

Le basophilisme pituitaire consécutif à la ménopause se manifeste par des céphalées, de l'hypertrichose avec développement de barbe, de l'obésité, de l'hyperglycémie, et est souvent associé à des symptômes thyroïdiens et surrénaux.

P. tente ainsi d'esquisser les formes de transition entre le basophilisme pituitaire pur et les formes associées aux adénomes acidophiles ou aux syndromes surrénaux.

P. se demande ce qui provoque l'activité des cellules basophiles de l'hypophyse. Ces cellules produisent-elles bien l'hormone gonadotrope comme on l'admet ? Chez deux des malades de P. on notait l'absence de prolan dans l'urine, ce qui suppose une hypoactivité de la fonction sexuelle. Faut-il donc admettre que le basophilisme pituitaire est la traduction d'un syndrome pluriglandulaire ?

H. Schaeffer.

Strauss et **Savitsky.** ***Blessures de la tête. Aspects neurologique et psychiatrique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. XXXI, n° 5, Mai 1934). — Les blessures de l'encéphale et de ses enveloppes ont été de tout temps l'objet de recherches. S. et S., après une revue des travaux antérieurs, apportent leur contribution personnelle à cette question importante du point de vue scientifique, économique et social. Ils se bornent à l'étude des accidents consécutifs à une blessure par un agent physique, et estiment que cliniquement les séquelles organiques des blessures de la tête doivent être distinguées des réactions anxieuses et de terreur d'origine purement psychogène. C'est à ces dernières seules que devrait être réservé le terme de névrose traumatique. La nature fonctionnelle ou organique du syndrome subjectif post-traumatique constitué par les céphalées, les vertiges, la fatigabilité exagérée à l'effort, l'intolérance envers les intoxications et l'instabilité vasomotrice a été très discutée. S. et S. pensent qu'il est d'origine organique et relève d'un trouble dans l'équilibre intracranien lié directement au traumatisme encéphalique.

Il est entendu qu'en présence d'un syndrome de cet ordre, tous les signes d'organicité doivent être recherchés de la façon la plus minutieuse par un examen clinique neuro-psychiatrique attentif, l'étude du liquide céphalo-rachidien, de sa tension, les résultats donnés par la ventriculographie ou l'encéphalographie. Mais il serait erroné de croire que le résultat négatif de ces examens constitue un critère définitif permettant de juger de l'existence, de l'absence ou du degré des lésions de l'encéphale consécutives à un traumatisme. L'évolution seule des accidents permet bien souvent d'en juger.

Vouloir considérer les troubles subjectifs des commotionnés comme entièrement organiques ou fonctionnels est une erreur. Les deux facteurs sont le plus souvent associés. La présence et l'importance des facteurs psychogènes dépendent des conditions dans lesquelles est survenu le traumatisme, des éléments économiques et sociaux qui s'y associent, du milieu dans lequel se trouve le blessé.

Il faut se garder de considérer comme d'origine psychogène les manifestations cliniques que nous comprenons mal, et savoir qu'une lésion intracranienne peut exister sans que le traumatisé ait présenté de perte de connaissance au moment de l'accident. S. et S. insistent également sur la nécessité d'utiliser les nouvelles méthodes psychologiques expérimentales et cliniques dans l'examen de ces malades.

H. Schaeffer.

Aaron J. Rosanoff, Leva Handy et **Isabel Avis Rosanoff.** ***Etiologie de l'épilepsie, avec étude spéciale sur sa présence chez les jumeaux*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. XXXI, n° 6, Juin 1934). — L'étude des causes de l'épilepsie en général et chez les jumeaux en particulier est basée sur l'observation suivie de 107 jumeaux dont 23 monozygotiques, 39 dizygotiques du même sexe et 45 de sexe différent.

Chez les jumeaux monozygotiques, il existait 12 cas d'épilepsie, 1 cas d'affaiblissement intellectuel et 1 cas de tumeur médullaire, 9 étaient normaux, soit 39,1 pour 100; chez les dizygotiques on relevait 9 cas d'épilepsie, 6 cas de déficit intellectuel, 1 cas de déficit intellectuel avec psychose, 1 cas de déficit avec inconduite, 1 cas d'affaiblissement psychique, 1 cas de démence paralytique; 61 étaient normaux, soit 76,2 pour 100.

L'hérédité joue un rôle dans la genèse de l'épilepsie, mais elle est inadéquate comme le montre souvent l'atteinte isolée d'un des jumeaux monozygotiques.

L'identité des manifestations chez deux jumeaux est l'exception, même chez les monozygotiques. Cette dissemblance des manifestations est à la fois quantitative (âge de début des accidents, fréquence et gravité des attaques, rémissions, troubles mentaux associés et décès), et qualitative (absence d'épilepsie chez l'autre jumeau mais déficit ou déséquilibre intellectuel). Ces dissemblances sont plus grandes et plus fréquentes chez les jumeaux dizygotiques que chez les monozygotiques.

L'épilepsie du premier âge est souvent associée à d'autres manifestations, la maladie de Little, les troubles psychiques, les troubles de la conduite, l'épilepsie jacksonienne, le fait d'être gaucher, le bégaiement et d'autres troubles de la parole dont le mutisme, l'arriération pédagogique.

Considérée jadis comme une névrose, l'épilepsie apparaît actuellement comme un syndrome de décérébration d'origine organique.

Deux facteurs semblent, dans la majorité des cas tout au moins, conditionner l'épilepsie, les traumatismes craniens datant de l'accouchement ou de l'enfance, et une vulnérabilité particulière des centres nerveux.

Les traumatismes de l'accouchement sont favorisés par la primiparité; la rupture précoce des membranes, une présentation anormale, un bassin rétréci.

La vulnérabilité des tissus dépend certainement d'un facteur héréditaire. Elle est plus marquée chez les sujets du sexe masculin, chez les prématurés ou les enfants de poids insuffisant, en cas de grossesses multiples.

L'épilepsie comme les autres syndromes de décérébration est plus fréquente dans les premières que dans les dernières grossesses.

L'importance du traumatisme cranien à la naissance ou chez l'enfant semble liée à la plus grande flexibilité des os chez les jeunes sujets. Son rôle chez l'adulte semble en effet accessoire.

Les accidents comitiaux ne sont pas liés aux lésions traumatiques elles-mêmes mais à leurs séquelles : dilatation ventriculaire, kystes, atrophies, adhérences, scléroses, cicatrices pseudo-tumorales, hyperplasie nevroglique.

L'apparition tardive des accidents et leur aggravation avec le temps confirme cette opinion.

H. Schaeffer.


BAIN OCULAIRE
OPTRÆX
Nouvelle formule médicale pour L'HYGIÈNE JOURNALIÈRE DES YEUX
Assure la DÉCONGESTION RÉGULIÈRE ET L'ANTISEPTIE des yeux et de leurs annexes
Très efficace dans les manifestations de la FATIGUE OCULAIRE

Moore, Nathan, Elliot et **Laubach.** ***Etudes encéphalographiques dans la psychose maniaque dépressive*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. XXXI, n° 6, Juin 1934). — Pour rechercher l'existence de lésions nerveuses organiques dans la psychose maniaque dépressive, les auteurs ont étudié les résultats de l'encéphalographie chez ces malades.

Ils ont constaté que la pression du liquide céphalo-rachidien leur a paru dans la majorité des cas être légèrement supérieure à la normale, traduisant l'existence d'une hypertension intra-cranienne permanente discrète.

La quantité de liquide céphalo-rachidien retirée était également dans la plupart des cas supérieure à celle des sujets normaux, indiquant un degré variable d'atrophie corticale avec dilatation des ventricules et agrandissement de la grande citerne.

Les auteurs observèrent en outre parfois une asymétrie des ventricules latéraux, l'absence d'air dans les espaces sous-arachnoïdiens corticaux, l'atrophie de l'insula de Reil, l'élargissement du sillon calleux, l'atrophie cérébelleuse.

Ces modifications certainement anormales ne permettent pas de préciser un modèle d'image caractéristique. Il ne semble pas davantage que l'importance des modifications constatées soit en rapport direct avec la durée et la gravité de l'affection.

H. Schaeffer.

Louis H. Cohen et **Edwin Gildea** (New Haven, Conn). ***Manifestations physiologiques des intoxications épisodiques par les barbituriques*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. XXXI, n° 6, Juin 1934). — Les travaux récents montrent que les barbituriques ont une action directe sur le système nerveux, prédominante sur la région hypothalamique, accessoire sur le cortex et les autres régions. Keeser montra d'ailleurs par un examen chimique du cerveau des animaux morts pendant la narcose barbiturique que ces substances se retrouvent dans la couche optique et le corps strié alors qu'elles sont à peu près absentes du cortex, du cervelet et de la moelle.

Les recherches des auteurs montrent que les barbituriques pris à dose élevée entraînent des troubles du fonctionnement du système nerveux végétatif.

Les troubles de la balance hydrique en sont une manifestation. Les malades prenant des barbituriques présentent une rétention d'eau qui se traduit par des œdèmes périodiques périphériques et viscéraux entraînant une augmentation de poids de 3 à 7 kilogs. Ces œdèmes sont évacués sous forme de diarrhée séreuse et non par le rein. La perte de poids s'accompagne d'un état somnolent qui disparaît habituellement avant que cette perte de poids ait atteint son maximum.

Des modifications cardio-vasculaires dans l'état du pouls et de la pression sanguine. Le pouls est plus rapide et moins stable dans le sommeil que dans l'état de veille bien que la différence ne soit pas grande.

La somnolence s'accompagne d'une chute assez brusque des tensions artérielles maxima et minima. La tension remonte progressivement quand le malade se réveille. La régulation thermique est également modifiée. Pendant le sommeil l'étendue des variations thermiques est plus petite et plus irrégulière que pendant la veille, ce qui montre que l'état de somnolence s'accompagne d'un affaiblissement du rythme de la température normale.

Le métabolisme basal est également modifié. Il est plus bas et ses variations sont plus étendues dans le sommeil que dans la veille.

Pendant la veille on n'observe que peu de modifications neurologiques, hormis peut-être un aspect écailleux et sec de la peau. Pendant le sommeil il existe de la bradypnée, du myosis avec aréflexie pupillaire, de la déviation des globes oculaires en dehors et en haut, une parole embarrassée et mal articulée, et un état d'hypotonie musculaire avec conservation des réflexes tendineux.

La glycémie et le taux d'acide lactique dans le sang ne semblent pas modifiés. Mais le pH s'élève sensiblement quand le malade passe de l'état de sommeil à l'état de veille.

H. Schaeffer.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

F. d'Angelo. ***Au sujet du traitement des hémoptysies par la méthode de Giuffrida*** (*Il Policlinico* [sez. pratica], t. XLI, n° 15, 16 Avril 1934). — La méthode de Giuffrida (injections intratrachéales supraglottiques d'adrénaline) donne de très bons résultats dans le traitement des hémoptysies; d'après Micheli, c'est cette méthode qui arrête le plus rapidement l'hémorragie. L'adrénaline injectée a une action vaso-constrictive locale, mais Pennetti a montré que l'injection déterminait un réflexe dont le rôle lui a paru prédominant, puisqu'il a obtenu des résultats analogues en substituant le sérum physiologique ou l'eau distillée à l'adrénaline. A., ayant traité 20 cas d'hémoptysie par des injections intratrachéales d'eau distillée, a constaté que leur action hémostatique est immédiate et durable dans les hémoptysies légères, moins rapide dans les hémoptysies d'une certaine importance et nulle dans les hémoptysies graves; dans celles-ci, par contre, l'injection d'adrénaline se montre efficace. On peut donc conclure que la méthode de Giuffrida ne met pas seulement en jeu un réflexe et que l'action locale de l'adrénaline contribue pour une part importante aux résultats.

Lucien Rouquès.

F. Ravenna et **C. Canella.** ***Une forme nouvelle d'anémie grave infantile associée à l'ostéoporose diffuse (syndrome de Cooley)*** (*Il Policlinico* [sez. pratica], t. XLI, n° 21, 28 Mai 1934). — Le syndrome isolé en 1925 par Cooley et Lee du groupe des anémies infantiles et dont 25 cas ont été publiés en Amérique chez des enfants d'émigrés méditerranéens (Italiens, Grecs ou Syriens) n'a pas encore été signalé en Europe; il ne paraît cependant pas exceptionnel en Italie puisqu'en dehors du cas rapporté dans ce travail, R. et C. ont eu connaissance de deux autres.

L'affection, en général héréditaire et familiale, débute dans la première enfance par une pâleur gris jaunâtre, de la faiblesse générale et une augmentation de volume de l'abdomen avec splénomégalie. A la période d'état, on note en plus des signes précédents de l'anorexie, une fièvre modérée, parfois des œdèmes, un ictère parfois intense, parfois léger et manquant souvent, une achylie totale; la splénomégalie s'accroît ainsi que le volume du foie. L'examen radiographique montre un aspect poreux avec des trabécules bien évidentes et un amincissement de la corticale au niveau des os longs; au niveau des os courts, la raréfaction est uniforme, à petites aires, également d'aspect poreux; la médullaire des os de la voûte est striée perpendiculairement au plan des tables qui peuvent être extrêmement minces (crâne en brosse); l'augmentation de volume des os du crâne et des pommettes donne à l'enfant un facies mongoloïde très net à la période d'état. Les hématies et l'hémoglobine sont diminuées; le nombre des normoblastes et des réticulocytes est augmenté; la résistance globulaire est normale ou un peu diminuée; le taux des leucocytes est normal ou augmenté et la formule leucocytaire légèrement modifiée, avec souvent des formes immatures. La bilirubinémie est augmentée, la réaction indirecte de Van den Bergh positive, les taux de l'urobilinogène et de la biline fécale élevés. Aucune thérapeutique n'a d'action et l'évolution est dans la règle lentement et progressivement fatale.

Les lésions décrites par Whipple et Bradford consistent principalement, en dehors des altérations osseuses, dans une intense hyperplasie médullaire sans véritable métaplasie myéloïde au niveau du foie et de la rate et dans une pigmentation diffuse des viscères rappelant celle de l'hémochromatose; dans la moelle osseuse et la rate, on trouve des cellules analogues à celles de la maladie de Gaucher. D'après Whipple, la maladie consisterait essentiellement dans un trouble des métabolismes du pigment sanguin et du calcium survenant sur un terrain prédisposé par des facteurs familiaux et raciaux.

Lucien Rouquès.

A. Gualdi. ***La lipodystrophie progressive (maladie de Barraquer-Simons)*** (*Il Policlinico* [sez. pratica], t. XLI, n° 23, 11 Juin 1934). — L'observation de G., la 5e publiée en Italie, est conforme dans ses grandes lignes au tableau classique de l'affection; elle concerne une femme chez qui la maladie a débuté vers 18-20 ans, donc plus tard que normalement; la partie supérieure du corps est amaigrie et la partie inférieure augmentée de volume, la limite entre les zones d'atrophie et d'hypertrophie graisseuse remontant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic au lieu de se trouver comme dans la règle au niveau des crêtes iliaques. G. insiste sur l'existence d'un syndrome d'insuffisance surrénale (pigmentation, hypotension, asthénie) apparu vers 30 ans et non encore signalé dans la maladie; pas de troubles endocriniens; épreuve à l'adrénaline normale.

Les différentes conceptions pathogéniques, endocrinienne, nerveuse et constitutionnelle, paraissent bien insuffisantes; elles n'expliquent pas, en particulier, le problème si curieux de la topographie des zones d'atrophie et d'hypertrophie.

Lucien Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

A. Allodi, F. Penati et **F. Quaglia.** ***Sur l'anémie hypochrome essentielle*** (*Minerva medica*, XXVe année, t. I, n° 15, 14 Avril 1934). — Cette affection ne paraît pas rare à Turin où A., P. et Q. en ont observé en peu de temps un certain nombre de cas, dont 8 sont rapportés avec détails. Elle survient surtout de 40 à 55 ans, avec une forte prédominance pour le sexe féminin; les troubles des règles sont fréquents, mais il n'y a pas de rémission lors de la ménopause. On ne note ni particularités constitutionnelles, ni troubles endocriniens thyroïdiens ou génitaux; 3 des malades étaient syphilitiques, mais il ne s'agit sans doute que des hasards d'une courte série. Le teint est gris pâle et non jaune comme dans l'anémie pernicieuse et la pâleur remonte souvent à une époque éloignée; la peau est sèche; la calvitie est habituellement précoce; la déformation des ongles donnée comme caractéristique n'a pas été observée par les auteurs qui n'ont jamais non plus constaté de douleurs osseuses, de signes de myélose funiculaire ou de diathèse hémorragique. Les malades présentent plus ou moins intensément les signes banaux des états anémiques : céphalée, asthénie, lipothymies, dyspnée inconstante et modérée; la température est normale. Le foie est augmenté de volume et un peu de consistance (5 cas sur 8), la rate parfois palpable (3 cas); les auteurs ont d'ailleurs observé un syndrome analogue à celui de l'anémie hypochrome chez une malade ayant une hépato-splénomégalie type Banti.

Les troubles dyspeptiques paraissent constants, avec des phases de recrudescence; la diarrhée est assez rare; A., P. et Q. ont vu des altérations linguales, mais jamais de véritable glossite de Hunter signalée cependant parfois. L'achylie qui individualiserait pour certains cette affection est en réalité inconstante (2 cas sur 8) et en général, il n'y a qu'une simple hypochlorhydrie.

Au point de vue hématologique, il existe avant tout une diminution de l'hémoglobine (30 à 55 pour 100), avec valeur globulaire basse (0,38 à 0,77; en moyenne 0,55), le nombre des globules rouges allant de 3.000.000 à 4.300.000; l'anisocytose est souvent nette; le diamètre moyen est diminué (6 cas sur 8) ainsi que le volume moyen; l'hypochromie est due pour une part à la diminution de la masse globulaire, et pour une autre à la pauvreté relative en pigment; la poïkilocytose, la polychromatophilie sont discrètes; les hématies nucléées rares et les réticulocytes en nombre normal. La résistance globulaire est peu modifiée; la bilirubinémie est normale mais l'indice hémolytique est augmenté. La formule et le nombre des leucocytes ne présentent pas de particularités constantes. Les plaquettes sont normales.

Le fer est très efficace, à la condition d'être administré sous forme de préparations inorganiques et il n'est pas indispensable de donner de l'acide chlorhydrique, même si le malade est anachlorhydrique; la cure, sous peine de rechute, doit être poursuivie jusqu'à correction presque complète des anomalies sanguines. Le foie est sans action.

On a voulu faire de l'anémie hypochrome une affection spéciale, à symptomatologie immuable; en réalité, le tableau clinique n'est pas absolument fixe et beaucoup de cas se rapportent à ce qu'on décrivait jadis comme anémie pernicieuse atypique ou comme chlorose tardive; cependant, ne serait-ce qu'au point de vue thérapeutique, le type de l'anémie hypochrome peut être retenu et, malgré quelques analogies, soigneusement différencié de celui de l'anémie pernicieuse. La pathogénie du syndrome reste encore incertaine et, en particulier, les rapports des troubles digestifs et de l'anémie ont été compris de façons très diverses entre lesquelles il reste difficile de choisir.

Lucien Rouquès.

L. Ferrannini. *Deux cas d'asthme bronchique professionnel* (*Minerva medica*, XXVe année, t. I, n° 19, 12 Mai 1934). — Les deux cas de F. sont deux cas d'asthme à la farine chez des ouvriers meuniers; ils sont d'ailleurs assez discutables, les crises persistant bien que les malades aient cessé de longue date leur métier et les cuti-réactions étant négatives. A propos de ces deux observations, F. fait sous forme de leçon une revue rapide du problème de l'asthme; il estime que lorsqu'on observe chez un sujet de l'asthme et de l'emphysème, celui-ci n'est jamais la cause de l'asthme, mais sa conséquence; il pense avec Sergent que l'asthme, tout en étant surtout un phénomène d'hypertonie vagale, est en réalité une dystonie de tout le système nerveux végétatif. Comme traitement des asthmes par hypersensibilité, il conseille la désensibilisation spécifique par cuti-réactions ou par voie sous-cutanée ou, lorsque l'antigène est inconnu, la désensibilisation par la peptone en injections ou en ingestion; le calcium, sous forme de chlorure ou de gluconate (1 gr. par jour par voie veineuse ou intramusculaire) est une médication désensibilisante et symptomatique; l'adrénaline, l'éphédrine, la belladone et l'atropine sont également à employer.

Lucien Rouquès.

L. Cotti. *Sur un comportement particulier de la biline (métabolisme de l'hémoglobine) après administration prolongée d'insuline* (*Minerva medica*, XXVe année, t. I, n° 19, 12 Mai 1934). — Au cours d'une étude d'ensemble des rapports du métabolisme de l'hémoglobine et de la régulation endocrinienne de l'organisme, C. a recherché les modifications de ce métabolisme chez 5 sujets normaux au cours d'un traitement insulinique (40 unités par jour en deux fois avant les repas) prolongé pendant 6 à 12 jours; dans tous les cas, l'élimination par l'urine et les matières fécales du bilinogène a présenté une nette diminution débutant dans les jours suivant le début du traitement, persistant pendant toute la durée de celui-ci et parfois quelques jours après et pouvant atteindre le tiers ou le quart de la valeur initiale; C. a observé aussi une légère diminution de la masse des globules et du plasma et le nombre des hématies et l'hémoglobine ont eu tendance à augmenter (les sujets choisis présentaient des valeurs normales); il n'y a pas eu de variations notables des réticulocytes et de la bilirubinémie. Chez un cardiaque avec stase hépatique et un malade atteint d'ictère hémolytique congénital, les résultats ont été analogues avec toutefois une augmentation plus nette de l'hémoglobine et du nombre des hématies. Après avoir éliminé les différents facteurs capables d'agir sur l'élimination des pigments, C. estime que la diminution observée de l'élimination de la biline est due à une modification parallèle du rythme du métabolisme de l'hémoglobine; on pourrait éventuellement tirer de ces faits des applications thérapeutiques.

Lucien Rouquès.

L. Herlitzka. *Sur l'action hypotensive tardive de l'adrénaline injectée dans les veines* (*Minerva medica*, XXVe année, t. I, n° 20, 19 Mai 1934). — H. a étudié chez 38 sujets sains, hypertendus et hypotendus, l'action hypotensive tardive de l'adrénaline après injection intraveineuse d'un centième de milligramme de cette substance, dose qui correspond, d'après Kylin, à un milligramme par voie sous-cutanée; cette technique paraît préférable comme mettant à l'abri des erreurs produites par la variabilité du temps d'absorption dans le tissu cellulaire. On observe constamment après l'injection une hypertension rapide qui disparaît en 2 ou 3 minutes; puis apparaît une phase d'hypotension plus lente et plus durable qui cesse en 20 à 50 minutes. Cette hypotension secondaire, qui peut servir d'épreuve de la tonicité vasculaire, est maxima chez les hypertendus, légère chez les sujets à pression normale et nulle chez les hypotendus et les individus ayant des artères peu toniques. L'hypotension secondaire porte sur la maxima et sur la minima, mais surtout sur la première. La phase d'hypotension a le même aspect quelles que soient les variétés cliniques de l'hypertension. Le pouls ne s'accélère pas sensiblement après l'injection intraveineuse d'adrénaline, tout au moins à la deuxième phase.

Lucien Rouquès.

IL MORGAGNI
(Naples)

P. Moretti. *Types des leucocytes dans les processus inflammatoires des leucémiques* (*Il Morgagni*, t. LXXVI, n° 13, 1er Avril 1934). — Un homme de 70 ans présente un état fébrile avec douleurs osseuses, hypertrophie modérée du foie et de la rate sans adénopathies importantes, anémie accusée, leucocytose légère (16.000 par millimètre cube) et forte réaction hémo-cytoblastique (82 hémo-cytoblastes, 12 polynucléaires neutrophiles et 6 lymphocytes pour 100); il meurt après 4 mois d'évolution et on trouve à l'autopsie une pneumonie où les leucocytes de l'exsudat alvéolaire sont représentés uniquement par des hémocytoblastes. Inversement, dans un cas de leucémie myéloïde chronique chez un homme de 38 ans, avec 212.000 leucocytes par millimètre cube dont 47 myéloblastes, myélocytes et méta-myélocytes pour 100, le pus d'un furoncle de la nuque ne contenait presque que des polynucléaires neutrophiles (99 pour 100) avec de rares myélocytes.

De ces deux exemples et des faits déjà connus, on peut conclure que le type des leucocytes dans les foyers inflammatoires des leucémiques est varié; parfois, qu'il s'agisse d'une lymphose ou d'une myélose, la réaction leucocytaire est constituée par des granulocytes normaux; parfois aussi, lorsque la mobilisation des granulocytes est impossible, la réaction est faite des mêmes éléments immatures que ceux du sang circulant.

Lucien Rouquès.

P. de Robertis. *Antagonisme de l'adrénaline et de la yohimbine; action hypotensive de la yohimbine* (*Il Morgagni*, t. LXXVI, n° 14, 8 Avril 1934). — Raymond-Hamet a démontré expérimentalement qu'après une injection d'yohimbine, l'adrénaline n'avait plus ses propriétés hypertensives; Gley et Czarnechi ont constaté qu'il y avait un antagonisme réciproque entre ces deux substances au point de vue de leur action respiratoire. D. R. s'est proposé de rechercher si l'yohimbine était également antagoniste de l'adrénaline au point de vue des autres fonctions de cette substance; ses recherches ont porté sur 9 sujets normaux recevant une injection d'un centigramme de chlorhydrate d'yohimbine et, au bout d'une heure, une injection d'un milligramme d'adrénaline; l'épreuve inverse était faite le lendemain et, le troisième jour, les deux injections étaient pratiquées simultanément.

L'adrénaline et l'yohimbine agissent synergiquement sur le rythme du pouls et de la respiration qu'elles accélèrent. Par rapport à la glycémie, elles sont antagonistes, la première l'élevant et la deuxième l'abaissant; après injection simultanée, il existe une hyperglycémie légère mais constante. Aucune influence notable n'est exercée par les deux substances sur la pression moyenne; l'yohimbine est un hypotenseur net pour la maxima et rend hypotensive l'adrénaline injectée secondairement; la réciproque n'a pas été observée avec les doses employées; après injections simultanées, la pression augmente, mais moins qu'avec l'adrénaline seule; avec des doses supérieures d'yohimbine, on arrivera peut-être à obtenir un équilibre parfait entre les actions antagonistes des deux produits.

Lucien Rouquès.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA
(Naples)

R. Colella et G. Pizzillo. *Un nouveau traitement de l'hémorragie cérébrale et ses résultats; note préliminaire* (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, t. XV, n° 7, 15 Avril 1934). — Ce nouveau traitement étudié dans 35 cas d'hémorragies cérébrales par traumatisme ou par hypertension, de thromboses et d'embolies cérébrales, n'est autre que l'autohémothérapie : 25 à 30 centi-cubes de sang prélevés par ponction veineuse sont immédiatement réinjectés dans la région fessière du côté opposé à l'hémiplégie. Les résultats seraient remarquables : presque tous les malades traités à la phase de coma reprendraient conscience rapidement, parfois même au cours de l'injection; tous récupéreraient plus ou moins vite et plus ou moins complètement leur motilité suivant l'ancienneté de l'hémorragie; lorsque le foyer cérébral est à la phase cicatricielle, l'autohémothérapie resterait dans des limites variables, mais constamment, effi-

cace et d'une manière ne permettant pas d'attribuer les résultats à une amélioration spontanée; l'autohémothérapie serait très indiquée comme traitement préventif de l'hémorragie cérébrale chez les hypertendus héréditairement prédisposés à cet accident; l'autohémothérapie permettrait de distinguer l'hémorragie cérébrale du ramollissement par son efficacité dans la première et son inefficacité dans le second. Les modes d'action de l'autohémothérapie sont multiples et mal connus; l'interprétation des résultats n'a guère d'importance par rapport aux résultats eux-mêmes.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA (Florence)

G. Corradini et **G. Pegoraro.** ***Sur l'anatomie pathologique de l'asthme bronchique*** (*Rivista di clinica medica*, t. XXXV, n° 3-4, 15-28 Février 1934). — L'observation rapportée est celle d'une femme atteinte à 57 ans, sans raison apparente, de crises d'asthme d'emblée presque quotidiennes, puis se répétant plusieurs fois par jour; aucune thérapeutique n'eut d'effet durable et la mort survint par asphyxie au bout d'un an, au cours d'une crise particulièrement violente.

A l'autopsie, on trouva des poumons très cyanosés, augmentés de volume, de consistance cotonneuse, contenant un abondant liquide hématique, avec des bronches de consistance nettement exagérée, à muqueuse cyanique recouverte d'un mucus épais et adhérent; le cœur était petit, le myocarde couleur feuille morte, hypertrophié et dur au niveau des cavités gauches, le foie et les reins étaient très congestionnés. Histologiquement, les lésions étaient celles que l'on rencontre habituellement : signes d'inflammation chronique des bronches avec desquamation de l'épithélium, augmentation d'épaisseur et homogénisation de la basale, hypertrophie de la tunique musculaire, suractivité des glandes bronchiques, infiltration éosinophilique intense et diffuse, occlusion de la lumière par un bouchon muqueux. A noter qu'une infiltration éosinophilique existait aussi au niveau de la muqueuse nasale présentant de petits polypes et, à un faible degré, au niveau de la muqueuse intestinale et de la rate.

La cause de l'accès paraît résider dans la sténose bronchique qui assez schématiquement résulte soit du spasme musculaire (asthme sec), soit de l'obturation des bronches par l'épithélium desquamé et le mucus (asthme humide). On a beaucoup discuté sur l'origine locale ou sanguine de l'infiltration éosinophilique; son intensité n'est pas incompatible avec l'origine sanguine et la prédominance des formes mononucléées qui n'existent pas dans le sang sur les formes polynucléées peut s'expliquer en considérant les premières comme des types régressifs des secondes; en tout cas, on ne trouve aucun indice histologique de la genèse locale de l'éosinophilie et en particulier aucun indice d'une transformation métaplasique des cellules connectives.

Lucien Rouquès.

G. Coronedi et **G. Guidi.** ***Les accidents toxiques de la calciothérapie intraveineuse : leur nature et leur déterminisme*** (*Rivista di clinica medica*, t. XXXV, n° 5-6, Mars 1934). — La calciothérapie intraveineuse s'est beaucoup développée depuis la préparation du gluconate de calcium qui a sur les autres sels l'avantage d'être moins caustique et moins toxique; mais avec la concentration usuelle de 10 pour 100, les accidents ne sont pas exceptionnels. C. et G. distinguent :

1° Des *accidents immédiats* (pendant l'injection) : une sensation pénible de chaleur partant de la veine et se généralisant vite, parfois des nausées, la rougeur de la face, une légère bradycardie, la sudation sont des phénomènes presque constants; beaucoup plus rarement, on observe un collapsus; Lloyd, qui a expérimenté sur lui-même le chlorure de calcium à 10 pour 100, a eu avec une dose de 4 cmc une syncope respiratoire de plusieurs minutes, avec pauses cardiaques, fibrillation et bloc sino-auriculaire prolongé. Dans la très grande majorité des cas, tous ces accidents cèdent rapidement.

2° Des *accidents tardifs* (de 30 minutes à 3 heures après l'injection), évoluant sous forme d'accès : frisson, anxiété, céphalée, élévation de température à 38°5-40, petitesse du pouls, tachypnée avec cyanose; l'accès se termine par une crise avec diarrhée et hypothermie.

3° Des *accidents de saturation* (après traitements intenses et prolongés) : ce sont surtout des manifestations d'ordre digestif qui peuvent avoir leur répercussion sur l'état général.

Tous ces accidents peuvent s'observer avec n'importe quel sel de calcium et avec toutes les spécialités; ils ne dépendent ni d'impuretés, ni du stabilisant employé dans les préparations de gluconate, ni de l'attaque du verre des ampoules, ni d'anaphylaxie. Ils relèvent uniquement de l'ion calcium; l'injection provoque une brusque rupture de l'équilibre calcémique et le déséquilibre entre les fractions calciques (calcium ionisé, calcium colloïdal, complexe calcique non ionisé et diffusible) entraîne une réaction compensatrice de l'organisme; c'est cette réaction qui, dans des circonstances mal précisées, prend une allure anormale ou excessive.

On a proposé d'ajouter aux solutions calciques une série de produits destinés à éviter les accidents; en fait, d'après C. et G., la seule prophylaxie efficace est l'emploi de solutions ne dépassant pas la concentration de 5 pour 100; les concentrations supérieures laissent trop peu de marge entre la dose thérapeutique et la dose toxique.

Lucien Rouquès.

FUKUOKA IGWADAIGAKU ZASSHI (Fukuoka)

Nakamoto. ***Recherches sur les résultats de la cure de sommeil prolongé par le sulfonal dans la schizophrénie*** (*Fukuoka Igwadaigaku Zasshi*, vol. XXVII, n° 5, Mai 1934). — La cure de sommeil prolongé par le sulfonal ou le trional a été utilisée par N. de façon systématique dans le traitement de la psychose maniaque dépressive, de la dépression présénile, des troubles du caractère post-encéphalitiques, et de la morphinomanie.

N. rapporte les résultats obtenus dans 149 cas de schizophrénie traités par cette méthode, résultats malheureusement peu favorables. N. obtint 11 pour 100 de rémission, 19 pour 100 d'amélioration, 48 pour 100 de cas sans action appréciable, 22 pour 100 d'aggravation, et 1 pour 100 de mort. Dans deux cas d'excitation catatonique et 3 cas d'hébéphrénie la cure fut suivie d'un affaiblissement intellectuel rapide. Il est d'ailleurs assez malaisé, pour ne pas dire impossible, de préciser les symptômes qui sous l'influence du traitement ont disparu, ont été simplement améliorés, ou ont apparu.

Sous l'influence du traitement on peut voir disparaître les hallucinations, les idées hypocondriaques et mélancoliques, les tendances interprétatives, les stéréotypies, le maniérisme, la stupeur, l'affaiblissement psychique. Les mêmes symptômes peuvent d'ailleurs se présenter après la cure, nombre de ces symptômes sont d'ailleurs en rapport avec le fonctionnement du système végétatif. Ce fait explique que les troubles de la psychose maniaque dépressive qui sont liés à un déséquilibre du système nerveux autonome puissent être influencés par cette thérapeutique.

L'expérience montre en effet que chez les sujets de type schizoïde on observe seulement 12 pour 100 de rémission, chez les malades de caractère cyclothymique 63 pour 100 de rémission, chez les sujets de caractère mixte cyclothymique et schizoïde 41 pour 100 de rémission.

La cure de sommeil dans les états d'excitation catatonique et de violente colère peut par le repos également apporter une amélioration. Il est très difficile de guérir les états de stupeur qui surviennent parfois après les états d'excitation catatonique ainsi traités.

La cure de sommeil peut parfois servir au diagnostic entre la schizophrénie et la psychose maniaque dépressive ou l'hystérie, car chez les schizophrènes présentant un aspect maniaque, dépressif, ou des manifestations hystériformes, cette cure fait parfois apparaître de nouveaux symptômes. Si ces résultats thérapeutiques sont peu encourageants, on peut dire qu'il s'agit d'un moyen inoffensif.

H. Schaeffer.

MISCAREA MEDICALA ROMANA (Craiova)

E. Lafeano. ***L'importance du diagnostic radiologique de la stase dans les veines pulmonaires, chez les cardiaques*** (*Miscarea medicala Romana*, t. VII, n° 3, 1934). — La stase au niveau des veines pulmonaires est un signe d'insuffisance cardiaque droite, gauche ou totale. Elle fait son apparition en même temps que les signes cliniques de l'insuffisance cardiaque. La sténose mitrale est la cause la plus fréquente de la stase dans les veines pulmonaires; son image radiologique constitue un signe précurseur de l'œdème aigu pulmonaire. En même temps, l'oreillette gauche augmente de volume. Les hémoptysies observées chez ces malades sont souvent en rapport avec la stase plus qu'avec l'infarctus.

L'examen radiologique prend une importance capitale chez les femmes en état de grossesse, porteuses d'une sténose mitrale.

L'image radiologique de la stase dans les veines pulmonaires varie avec l'intensité de la stase. Au début, il y a dilatation des veines, accentuant des ombres hilaires. Puis l'aire péri-hilaire diminue de transparence jusqu'à devenir complètement obscure.

Henri Krauter.

I. Hatiegano et **M. Canciulesco.** ***Le syndrome de l'hyposystolie cérébrale*** (*Miscarea medicala Romana*, t. VII, n° 3, 1934). — H. et C. décrivent l'hyposystolie cérébrale qui s'observe uniquement dans l'hypertrophie et la dilatation marquée du cœur droit consécutive à la sclérose pulmonaire. Cliniquement, le syndrome est caractérisé par l'existence d'une pneumopathie scléro-emphysémateuse, par une hypertrophie et dilatation du cœur droit et par des phénomènes de stase dans le domaine de la cave supérieure et du cerveau. L'aspect radiologique est typique. *Aspect en pinceau*, de la radiographie, dû à l'épaississement de la charpente vasculaire. L'auricule et l'oreillette droites sont très dilatées. H. et C. signalent la dilatation précoce et marquée de l'infundibulum pulmonaire. Les phénomènes de stase prédominent dans le domaine de la cave supérieure avec cyanose extrême naso-labio-céphalique, œdème de la face, turgescence des veines jugulaires. Ils notent aussi l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, la céphalée nocturne, l'insomnie ou la somnolence subcomateuse et des accès épileptiformes.

H. et C. citent l'observation d'une malade poursuivie depuis longtemps avec radiographie, et concluent à l'existence d'une forme cérébrale de l'hyposystolie.

Henri Krauter.

REVUE DES JOURNAUX

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

E. Constantini et **A. Lévi-Valensi.** ***Arachnoïdite spinale*** (*L'Algérie médicale*, t. XXXVIII, n° 77, Mai 1934). — Chez un homme de 39 ans, ayant une parésie spasmodique des membres inférieurs, à type clinique et biologique de compression médullaire, une intervention chirurgicale fut pratiquée après l'installation brutale d'une paraplégie complète. L'opération montra seulement un état de turgescence de la moelle et des adhérences arachnoïdiennes que l'on libéra. Elle fut suivie d'un retour progressif de la motricité, mais l'évolution n'en continua pas moins comme en témoignent l'accentuation des troubles sensitifs, l'augmentation des modifications de la réflectivité et la persistance du blocage arachnoïdien.

Cette observation montre les faits principaux de l'arachnoïdite spinale adhésive pour laquelle on ne peut invoquer encore aucune étiologie précise. Les divers signes cliniques, biologiques, manométriques et lipiodo-radiologiques, permettent quelques fois d'identifier le syndrome, mais aucun n'est à lui seul pathognomonique de l'affection.

D'après les statistiques, l'intervention n'amène qu'environ 40 pour 100 de guérisons complètes et 20 pour 100 d'améliorations notables, ce qui ne saurait surprendre en raison de l'étendue des processus adhésifs et des altérations médullaires sous-jacentes, souvent définitives. La radiothérapie n'a guère semblé donner de meilleurs résultats.

L'évolution se poursuit avec des alternatives successives d'amélioration et d'aggravation à la manière d'une sclérose en plaques avec laquelle l'arachnoïdite a de nombreux points communs.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

G. Sigaud, L. Grandmaison et **E. Berthet** (Grenoble). ***Etude de la cholécystite ulcéro-perforante au cours de la fièvre typhoïde*** (*Journal de Médecine de Lyon*, t. XV, n° 344, 5 Mai 1934). — Chez un enfant de 14 ans, au 8e jour d'une fièvre typhoïde, un syndrome péritonéal fit pratiquer une laparotomie qui montra de la bile dans le péritoine et une perforation du col de la vésicule de la grosseur d'une tête d'épingle. La vésicule est enlevée, la paroi refermée. 7 jours après l'intervention, la mort survint.

17 cas analogues ont pu être relevés dans la littérature. La perforation de la vésicule se produit le plus souvent au cours du 3e septénaire de la fièvre typhoïde, brusquement ou après plusieurs jours d'évolution d'une cholécystite typhique.

Il existe une forme sthénique avec réaction prononcée et une forme asthénique chez les typhiques prostrés profondément atteints.

Le diagnostic différentiel est facile. La localisation de la douleur et de la contracture au début, l'existence d'une période de latence, de tolérance péritonéale plus grande permettent de distinguer la perforation de la vésicule de celle de l'intestin. Si l'on n'intervient pas, la mortalité est de 100 pour 100. Avec opération, elle ne serait que de 34 pour 100.

L'intervention doit être précoce. La cholécystostomie paraît être l'intervention de choix en raison de l'état précaire du malade. On lui objecte la friabilité des parois nécrosées, la création d'une fistule biliaire et la suppression d'un agent digestif important par dérivation de la bile.

Robert Clément.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

H. Tennesen (Copenhague). ***Quelques cas d'ictère grave avec tendance hémorragique traités par la bile de bœuf*** (*Lyon Chirurgical*, t. XXXI, n° 3, Mai-Juin 1934). — La diathèse hémorragique est en cause dans 10 à 15 pour 100 des cas mortels et dans 1 à 2 pour 100 de la totalité des cas biliaires opérés (Petren). La statistique du service de Hansen à Copenhague, d'où proviennent les observations de ce mémoire, est concordante : 549 opérations biliaires ont donné 80 morts dont 4 par diathèse hémorragique. Cette tendance hémorragique apparaît le plus souvent chez des malades dont l'ictère accentué dure depuis longtemps; aussi, pour la prévenir convient-il de ne pas retarder l'opération au delà de la 6e semaine et même de la 3e ou 4e (Rovsing et Petren). T. donne d'abord 4 observations de mort par hémorragie post-opératoire chez des ictériques; puis il passe en revue les théories mises en avant pour expliquer cette complication de l'ictère.

Quoique les acides biliaires retardent la coagulation, il ne pense pas que la cholémie puisse être retenue, car les acides biliaires ne sont, même dans les cas graves, qu'à une faible concentration dans le sang.

L'insuffisance hépatique avec formation insuffisante de fibrinogène est à rejeter aussi pour cette raison que, même dans les cas d'atrophie jaune du foie, le fibrinogène ne diminue qu'à la période ultime.

L'explication adoptée est celle déjà donnée par Seifert qui a constaté que la tendance hémorragique se rencontre non seulement chez les ictériques par rétention, mais aussi chez les porteurs de fistule biliaire. C'est dans les deux cas la même cause, l'absence de bile dans l'intestin, qui agirait en entraînant une absorption défectueuse des graisses, d'où manque de vitamines et troubles du métabolisme du calcium : Seifert a cherché la conclusion thérapeutique dans l'irradiation ultra-violette.

T., depuis 1928, a recours à l'administration quotidienne de 8 à 10 comprimés de bile de bœuf de 0 gr. 50 chaque. Il a obtenu ainsi la régression du retard de coagulation et la disparition des petits signes de la tendance hémorragique chez 3 malades ictériques, dont on trouvera les observations détaillées, qui ont pu subir sans hémorragie les interventions biliaires réclamées par leur état.

P. Grisel.

LYON MÉDICAL

A. Dufourt et **R. Froment.** ***Les complications et les séquelles nerveuses de la fièvre typhoïde dans l'épidémie lyonnaise de 1928*** (*Suite et fin*) [*Lyon Médical*, t. CLIII, n° 19, 13 Mai 1934]. — Sur 3.000 fièvres typhoïdes, D. et F. ont observé 52 cas de séquelles nerveuses (soit environ 1,7 pour 100), qui se décomposent en : séquelles psychiques, 36 cas (1,2 pour 100), séquelles névritiques, 10 cas (0,3 pour 100) et séquelles nerveuses diverses, épilepsie en particulier, 6 cas (0,2 pour 100). Les séquelles nerveuses sont donc à tout prendre assez exceptionnelles dans la fièvre typhoïde; beaucoup sont temporaires et s'effacent au bout de quelques mois ou de quelques années. Les séquelles définitives sont avant tout des séquelles psychiques et plus rarement l'épilepsie.

Un cas d'hémiplégie avec aphasie semble lié à un processus d'encéphalite typhique et non à une artérite avec ramollissement; elle rétrocéda à peu près complètement en 4 ans.

Les séquelles psychiques donnent toute une gamme de troubles mentaux, toutes les transitions entre la démence caractérisée et le déséquilibre discret. 2 malades durent être internés, 3 autres présentent des troubles démentiels avec un déficit considérable et global des fonctions intellectuelles, Dans 13 cas, il existe des troubles intellectuels importants, grosse diminution de la mémoire, abaissement considérable du niveau intellectuel, modifications profondes du caractère. Enfin, 17 observations concernent des modifications psychiques plus légères : diminution de capacité de travail intellectuel sans gros déficit apparent ou bien sujets qui sont restés anxieux, asthéniques, exagérément nerveux.

Le bacille d'Eberth semble avoir dans le système nerveux une affinité spéciale pour l'encéphale et surtout pour la région frontale. C'est là une particularité de l'encéphalite typhique qui la différencie de l'encéphalite épidémique.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Petges, Labat et **Lecoulant.** ***Tuberculose aiguë à forme granulique et syndrome articulaire aigu déclenché par l'emploi des sels de titane chez un malade atteint d'arthropathies psoriasiques*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. VII, n° 5, Mai 1934). — Un homme de 46 ans atteint de psoriasis généralisé, avec arthropathies déformantes, traité sans résultats par les diverses méthodes classiques, est soumis le 30 Mars 1929 à des applications quotidiennes d'une pommade au titane (25 gr. d'oxyde de titane, 4 gr. de salicylate de titane pour 140 gr. de vasolanoline). Aucun signe de tuberculose pulmonaire antérieure.

Le 3 Avril, les urines prennent une teinte acajou et les jours suivants on note les signes d'une néphrite aiguë : albumine, hématies, cylindres hyalins.

Puis apparaissent une stomatite, des hémorragies gingivales, des épistaxis.

Le 23 Avril, les articulations sont gonflées et douloureuses; les urines contiennent toujours de l'albumine et des traces d'acide salicylique.

Le 27 Avril, crachats hémoptoïques; à l'auscultation, nombreux râles ronflants et sibilants. La température s'élève à 39°4.

Le 2 Mai, délire, myosis, polypnée, battement des ailes du nez. Le malade entre dans le coma et meurt.

L'examen des crachats, fait le 29 Avril, montre une flore microbienne abondante : pneumocoques, streptocoques et quelques rares bacilles de Koch.

A l'autopsie, on trouve une tuberculose miliaire généralisée des poumons avec bacilles tuberculeux colorables sur les coupes; la plèvre est épaissie; le foie est gras, tuberculeux; la rate et les surrénales contiennent des follicules tuberculeux.

Il ressort de cette observation que les sels de titane sont loin d'être inoffensifs; ils ont provoqué chez ce malade une poussée d'arthrites aiguës fébriles au cours d'un rhumatisme chronique chez un psoriasique, avec néphrite aiguë, albuminurie élevée et granulie consécutive.

Il est difficile d'affirmer, en l'absence d'examen histologique des synoviales, que la fluxion articulaire était d'ordre bacillaire, comme Weissenbach l'a démontré par la constatation de bacilles de Koch dans les arthopathies psoriasiques. En tout cas, la tuberculose aiguë paraît bien avoir été déclenchée par l'intoxication.

R. Burnier.

Weissenbach, Basch et **Martineau.** ***Nouvelles études sur la réaction de Desmoulières*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. VII, n° 5, Mai 1934). — W., B. et M. ont étudié la réaction de Desmoulières à la période pré-humorale de la syphilis, au cours du traitement de la syphilis récente, dans les cas de syphilis secondaire à Wassermann négatif, dans la syphilis ancienne peu ou mal traitée, dans la syphilis héréditaire et chez la femme enceinte.

Ils concluent que cette réaction, correctement appliquée, doit figurer au nombre des réactions sérologiques usuelles de la syphilis, aux côtés des réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht et d'une réaction de floculation (Vernes, Kahn).

Par sa spécificité et sa sensibilité, d'où découlent sa précocité et sa persistance, plus longue par rapport aux autres séro-réactions, elle est aussi utile dans la syphilis récente que dans la syphilis ancienne et la syphilis héréditaire. Elle constitue un élément précieux à utiliser dans le diagnostic de la syphilis, dans la conduite des traitements et le contrôle de leur efficacité et dans la prophylaxie de la syphilis.

R. Burnier.

ANNALES DE MEDECINE
(Paris)

R. Burnand (Lausanne). ***Introduction à l'étude des accidents périodiques dans le cours de la tuberculose*** (*Annales de médecine*, t. XXXV, n° 5, Mai 1934). — B. classe les accidents tuberculeux périodiques sous trois chefs :

1° Périodicité pathologique de cause présumée physiologique. Deux phénomènes de cet ordre sont bien connus : les variations de la température au cours du nycthémère, avec les phénomènes concomitants, et les accidents prémenstruels.

2° Accidents périodiques de cause présumée cosmique. L'hémoptysie, bien que certainement liée souvent à des excitations venant du milieu ambiant, ne semble pas influencée électivement par l'un quelconque des composants météorologiques que nos instruments de mesure peuvent isoler et doser. Mais l'influence saisonnière est indiscutable (fin du printemps et de l'automne).

3° Accidents périodiques de cause présumée microbienne. Il serait peut-être légitime de les attribuer aux mutations du bacille tuberculeux dans l'intimité de l'organisme. B. étudie dans ce groupe la fièvre tuberculeuse du type ondulant et les accès fébriles récidivants de Fluëler, qu'il a étudiés avec Bothézat.

Les trois ordres de facteurs peuvent d'ailleurs se combiner diversement et s'influencer mutuellement.

L. Rivet.

I. Pavel, I. Florian et **I. Radvan** (Bucarest). ***La valeur des épreuves de la fonction hydrocarbonée du foie, spécialement de l'épreuve du galactose*** (*Annales de Médecine*, t. XXXV, n° 5, Mai 1934). — Ce mémoire très documenté tend à donner une meilleure explication du résultat positif des épreuves aux hydrates de carbone, résultat qui serait à mettre en relation, avant tout, avec l'atteinte du pancréas. Ces faits peuvent, par ailleurs, expliquer le paradoxe remarqué déjà par Eppinger. Dans l'ictère catarrhal, à côté du trouble du métabolisme des substances hydrocarbonées, il n'y a pas un trouble du métabolisme azoté. Evidemment, il est possible que tout se passe ici comme si la fonction glycopexique était la plus sensible, la première atteinte. M is il semble plus facile d'admettre que l'insuffisance de la glycopexie de l'ictère catarrhal, ainsi que de la cirrhose, est due à l'atteinte du pancréas, qui semble démontrée par le syndrome clinique, les épreuves de laboratoire et l'étude anatomique.

L'interprétation nouvelle proposée des épreuves aux hydrates de carbone ne modifie en rien leur valeur, plus ou moins relative, dans le diagnostic de l'ictère catarrhal, des cirrhoses, voire même (quand elles sont négatives) des ictères mécaniques. Dans les premiers, le pancréas étant presque constamment atteint, l'épreuve sera très souvent positive, tandis que dans l'ictère mécanique, l'atteinte pancréatique étant plus rare, l'épreuve restera généralement négative. De même, l'interprétation de P., F. et R. ne modifie pas le pronostic que l'on tire du résultat positif de l'épreuve, puisque l'atteinte du pancréas, jointe à celle du foie, ne saura changer les grandes précautions qu'il faut prendre dans ces cas. Elle n'infirme pas davantage le principe théorique qui sert de base à la thérapeutique par le « Parenchymaschutztherapie » de Umber, dont un des éléments est précisément l'insuline.

L. Rivet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

Jules François. ***Conjonctivite cataméniale, affections oculaires survenant à l'occasion d'une menstruation normale*** (*Archives d'ophtalmologie*, t. LI, n° 8, Mai 1934). — A l'occasion d'une observation de malade chez qui une hyperhémie conjonctivale survenant régulièrement 8 jours avant la période menstruelle et durant 48 heures se produisait depuis 7 ans 1/2, M. F. passe en revue brièvement les théories avancées pour expliquer des faits de ce genre. Lui-même pense qu'il faut invoquer une insuffisance de l'hormone ovarienne, il a réussi en effet à obtenir la cessation complète des phénomènes inflammatoires périodiques par l'ovarothérapie. Il relève ensuite les diverses affections signalées comme pouvant se produire en relation avec la période menstruelle (œdème palpébral ou conjonctival, herpès cornéen, hyphéma, hémorragies du vitré, hypertonie oculaire, migraine ophtalmique, etc...). L'article se termine par une bibliographie du sujet.

A. Cantonnet.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

Menegaux et **Boidot.** ***Des oblitérations congénitales du méat et de la portion balanique de l'urètre (hypospadias excepté)*** [*Journal de Chirurgie*, t. XLIII, n° 5, Mai 1934]. — L'oblitération congénitale du méat, rare (42 cas), surtout dans le sexe féminin (8 cas), n'a pas la même signification embryonnaire dans les deux sexes.

I. *Sexe féminin.* — Le méat se trouve ici oblitéré par la persistance du bouchon cloacal qui obture primitivement le sinus uro-génital dont l'urètre féminin représente la division antérieure équivalente à l'urètre postérieur de l'homme. La malformation, constituée à un stade embryonnaire précoce, n'a été simple que dans 2 cas, sur un total de 8 cas, étant associée dans les 6 autres cas, 2 fois à des malformations ano-rectales et 4 fois à une persistance de l'ouraque avec fistule urinaire ombilicale.

II. *Sexe masculin.* — L'oblitération porte ici sur le méat d'un urètre antérieur dû à la soudure progressive des bords d'une gouttière creusée dans un épaississement épithélial de la face inférieure du bourgeon génital mésodermique. L'auteur n'adopte pas la conception récente d'un canal antérieur unique, formé d'abord en arrière, qui s'avance progressivement jusqu'à l'extrémité du gland; il conserve celle, classique, de Tourneux pour qui l'urètre antérieur est formé de deux parties, pénienne et balanique, se soudant secondairement à leur point d'union balano-pénien un moment fistuleux. L'oblitération méatique, ici étudiée, ne serait que rarement une malformation par défaut et se ferait plutôt par l'excès d'une coalescence qui, après avoir obturé d'abord et normalement l'orifice balano-pénien, obturerait ensuite anormalement soit l'orifice méatique seul, soit la totalité de l'urètre balanique, soit même l'urètre pénien.

L'étude anatomique montre qu'il peut y avoir absence complète ou, au contraire, conservation et même atrésie du prépuce, mais que le plus souvent prépuce et gland ont une conformation anormale analogue à celle qu'ils présentent dans l'hypospadias léger. Le méat peut exister, même avec aspect normal, l'oblitération siégeant un peu plus bas; il peut être fermé seulement par une mince membrane; le plus souvent, son emplacement n'est plus que marqué par un sillon, une cicatrice à plis radiés. L'atrésie a tendance à s'étendre et à souder non seulement l'urètre balanique, mais encore l'urètre pénien; elle peut même être totale.

Cette malformation pose la question de la sécrétion urinaire chez le fœtus; elle est pratiquement peu abondante puisque la rétention, soit vésicale, soit vésico-urétéro-rénale, n'a été constatée que dans 3 cas qui ont été suivis d'autopsie, car la distension, quand elle existe chez les oblitérés viables, est une cause certaine de dystocie et de mort du fœtus. La persistance d'un ouraque fistuleux à l'ombilic, l'établissement d'une communication vésico-rectale, peuvent éviter exceptionnellement, après la naissance, la rétention d'urine qui réclame l'intervention d'urgence.

Que le méat soit normal, obturé par une simple membrane ou complètement oblitéré, l'intervention consiste à rechercher d'abord par l'incision et le cathétérisme prudent le cul-de-sac terminal de la partie perméable du canal. En cas d'échec, M. et B. conseillent d'avoir recours à la méthode employée jusqu'ici une seule fois et à laquelle ils ont eu recours dans leur cas personnel : la cystostomie sus-pubienne avec cathétérisme rétrograde à l'aide d'une sonde urétérale qui vient montrer, à la région balano-pénienne, le point où l'urètre peut être découvert. Résumé des observations publiées. Bibliographie.

P. Grisel.

G. Menegaux, Ch.-O. Guillaumin et **J. Pergola.** ***Recherches sur les variations de quelques éléments du sang (calcium en particulier) au cours de la période post-opératoire*** (*Journal de Chirurgie*, t. XLIII, n° 6, Juin 1934). — Chez 11 malades du service du prof. Lenormant ayant subi des opérations diverses dont aucune n'intéressait la région thyro-parathyroïdienne, et sous des anesthésies variées, M., G. et P. ont établi le taux du calcium et aussi celui du phosphore inorganique, de la réserve alcaline, du chlore total dans le sang, d'abord avant l'opération, puis

24 heures, 8 jours, 15 jours et même 40 jours après elle.

Les dosages, malgré quelques exceptions, indiquent une diminution post-opératoire nette du taux établi avant l'opération; ce sont les résultats du dosage de la calcémie qui font l'objet essentiel des commentaires.

Ce dosage, par la méthode de Guillaumin, a montré dans tous les cas, sauf un, l'existence d'une hypocalcémie post-opératoire mesurée par un abaissement, de 10 pour 100 en moyenne, du taux de la calcémie pré-opératoire. Elle a eu son maximum au bout des 24 premières heures, ne s'est aggravée les jours suivants que dans 3 cas d'ablation de tumeur maligne, et n'a disparu, en règle générale, que vers le 15e jour.

L'hypocalcémie ainsi mise en évidence est donc à ajouter désormais à l'hyperglycémie, à l'hyperazotémie, à l'hypochlorurémie, à la diminution de la réserve alcaline comme signes sanguins du choc opératoire. Elle avait d'ailleurs déjà été observée en 1932 par R. Simon chez 2 opérés et, en 1933, par Grégoire, Lyonnet et Delavenne après des opérations expérimentales n'intéressant pas les parathyroïdes.

L'étude pathogénique conduit M., G. et P. à écarter l'anesthésie, l'inanition et l'insuffisance rénale transitoire; cette dernière parce que, d'après Blum et Izod Bennet qui l'ont étudiée, elle s'accompagne d'une rétention phosphorée alors qu'il y a eu hypophosphatémie chez 10 des 11 opérés examinés. Ils admettent que c'est le traumatisme opératoire qui est en cause et leur critique des deux mécanismes, action toxique ou action nerveuse, proposés déjà pour expliquer l'hypochlorurémie et l'hyperazotémie, les amène à conclure en faveur du choc nerveux.

Les expériences de Grégoire ont montré qu'une sympathectomie peut être suivie d'hypocalcémie, et le choc sympathique, dont le foyer opératoire est le siège, peut être regardé comme la cause d'une perturbation du système régulateur de la calcémie se traduisant par une diminution. L'apparition rapide et la durée prolongée de cette diminution calcique s'expliquent mieux, en effet, par une action nerveuse que par une action toxique qui, par contre, explique mieux l'apparition plus tardive et la disparition plus rapide de l'hypochlorurémie et de l'hyperazotémie.

Les signes cliniques répondant à cette hypocalcémie, la destinée du calcium soustrait, l'utilité d'une médication calcique sont encore à étudier.

Enfin, M., G. et P. défendent leurs recherches du reproche, déjà adressé aux expériences de Grégoire, de prétendre saper l'édifice de nos connaissances sur la physiologie des parathyroïdes, et il leur semble « que nier de parti pris l'hypocalcémie post-opératoire, sous le prétexte que les parathyroïdes n'ont pas été intéressés, est tout aussi déraisonnable que de mettre en doute l'hyperglycémie post-opératoire parce que le pancréas n'a pas été lésé ».

Il existe d'autres facteurs de la régulation du taux du calcium sanguin que les parathyroïdes et c'est à leur recherche qu'ils se sont engagés.

P. Grisel.

LA MÉDECINE INFANTILE
(Paris)

R. Turquety (Paris). ***Le pronostic des vomissements acétonémiques de l'enfance*** (*La Médecine infantile*, XLIe année, n° 5, Mai 1934). — Le pronostic des vomissements acétonémiques est dans l'immense majorité des cas extrêmement favorable. « Même quand l'accès a atteint le plus haut degré, écrit le professeur Marfan, même quand il semble que le malade est mourant, la guérison est la règle, la mort absolument exceptionnelle. »

Cependant il y a dans la littérature médicale une quinzaine d'observations dans lesquelles la mort est survenue pendant l'accès. Cette terminaison serait plus fréquente chez les enfants très jeunes et tarés.

T. a été personnellement le témoin de deux cas de mort au cours de vomissements acétonémiques. Ils sont survenus l'un et l'autre chez des sujets déjà grands (6 et 7 ans) en pleine santé apparente. Ces enfants avaient eu précédemment des crises affectant une évolution et un aspect classiques. Et dans ces deux cas, lors des premières heures de l'accès qui devait aboutir à la mort, rien ne permettait de prévoir l'apparition des accidents qui allaient évoluer selon un rythme accéléré.

T. signale qu'on devra s'inquiéter dans les formes sévères des vomissements acétonémiques du caractère incoercible des vomissements, de la précocité et de la ténacité des hématémèses et qu'on devra tenir pour signes de la plus haute gravité l'apparition de l'albuminurie à taux élevé avec cylindrurie, de la dyspnée, de l'hypothermie et de la cyanose.

Les formes mortelles sont la manifestation clinique d'une hépatonéphrite dont la nature infectieuse ou toxique n'a pu être précisée.

G. Schreiber.

L'ODONTOLOGIE
(Paris)

Giorelli (Turin). ***Contribution au traitement des hémoangiomes volumineux de la joue*** (*Odontologie*, LVe année, vol. LXXII, n° 5, 30 Mai 1934). — L'hémoangiome est un néoplasme infiltrant qui amène l'atrophie et la désagrégation des systèmes organiques avoisinants.

Il y a de la difficulté à fixer les limites de la catégorie des angiomes. *L'angiome simple* (dit télangiectasique) est caractérisé par la dilatation des capillaires (blastomes des vaisseaux sanguins) avec parois propres bien déterminées. *L'angiome caverneux* (cavernome) est formé de lacunes plus ou moins irrégulières. Il siège dans les parties profondes de la bouche (langue, plus rarement palais, lèvres, joues, gencives). Deux complications à craindre: l'hémorragie et l'infection. G. préconise la radiothérapie, et mieux encore la curiethérapie, avec un appareil en caoutchouc noir.

C. Ruppe.

REVUE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE
(Bordeaux)

Georges Portmann et **Raymond Philip** (Bordeaux). ***La papillomatose laryngo-trachéale*** (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, n° 5, Mai 1934). — Les tumeurs de la trachée sont rares; cet organe semble-t-il, bénéficie d'une immunité vis-à-vis des néoformations bénignes et malignes. Les papillomes du larynx, malgré leur tendance envahissante, ne s'étendent pas, en général, au-dessous du cartilage cricoïde.

P. et P. ont pu réunir 40 observations de papillomatose laryngo-trachéale. Elle est, en général, déterminée par des irritations ou des infections de virulence atténuée, dues à des agents banaux ou spécifiques: bacillose, syphilis, diphtérie. Il s'agit, non d'une tumeur, mais d'un *processus hyperplasique*. La rareté de l'envahissement trachéal au cours de la papillomatose laryngée est due au rôle réduit et tardif du conduit trachéal. L'affection a, en général, une évolution descendante et tend à combler l'arbre respiratoire de deux types de papillomes, malpighien et cylindrique. Elle peut subir des poussées inflammatoires aiguës, parfois pseudo-membraneuses, qui rétrécissent brusquement le conduit laryngo-trachéal, et des transformations néoplasiques.

Les symptômes apparaissent progressivement ou brusquement, selon l'évolution des lésions. On peut leur décrire un stade laryngé et un stade trachéal, ce dernier pouvant être divisé en deux périodes: avant et après la trachéotomie. L'examen doit être complété par la radiographie, la trachéobronchoscopie, la biopsie. Les symptômes sont différents chez l'adulte et chez l'enfant; ils évoluent chez ce dernier rapidement, avec tendance au spasme et à la bronchopneumonie. L'enfant n'est pas exempt de transformations malignes.

Le diagnostic est en général difficile et tardivement posé. Il doit éliminer la plupart des dyspnées extralaryngées, puis laryngées. Il doit être fondé sur l'endoscopie et la biopsie.

Le traitement sera essentiellement chirurgical, parfois complété par la radiothérapie. Ce sera d'abord l'ablation des végétations, sous contrôle endoscopique. Si on a la main forcée, on fera la thyrotomie, qui, répétée plusieurs fois, obligera à une laryngofissure.

Les résultats sont fonction de la densité et de l'évolution des lésions. Il sera facile d'enlever quelques papillomes épars du larynx et des bronches, presque impossible de traiter une papillomatose abondante, et cette dernière aboutira presque fatalement à la mort.

Leroux-Robert.

Balmès (Montpellier). ***Fibrome saignant de la puberté masculine*** (*Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, n° 5, Mai 1934). — La dénomination donnée par Sebileau aux fibromes nasopharyngiens s'est trouvée méritée comme dans les observations précédentes et la présence chez un garçon de 14 ans d'une tumeur du cavum à évolution bénigne, dure, envahissante, saignant facilement, a permis d'établir facilement le diagnostic.

L'anesthésie a été pratiquée par administration de balsoforme à la compresse. L'aspiration a permis d'éviter la chute de sang dans les voies respiratoires inférieures.

La tumeur est abordée par voie transmaxillonasale et enlevée complètement avec ses prolongements nasaux. Elle représente le volume d'une grosse orange.

Depuis 4 ans, quatre fibromes ont été opérés à la clinique de Montpellier par M. Terracol, chiffre relativement important en raison de la tendance à la disparition de ces tumeurs, disparition qu'on pourrait, peut-être, expliquer, mais de façon encore toute hypothétique, par la plus grande fréquence des interventions sur l'amygdale pharyngée.

Deux de ces tumeurs ont été opérées par voie transmaxillo-nasale, en raison de leur évolution nasale, deux autres par voie palatine, en raison de leur évolution vers l'oro-pharynx.

Il faut insister sur l'importance préalable de la transfusion au double point de vue de la perte sanguine et du shock.

Leroux-Robert.

REVUE D'ORTHOPÉDIE ET DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL MOTEUR
(Paris)

F. Lagrot et **L. Cohen-Solal** (Alger). ***Les formes douloureuses du « spina bifida occulta » lombo-sacré et leur traitement*** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur*, t. XXI, n° 3, Mai-Juin 1934). — Le *spina bifida occulta* lombo-sacré est une cause assez ignorée et qui n'est

cependant pas exceptionnelle de douleurs sciatiques.

L. et C. décrivent :

1° Le type algique à irradiations plus ou moins lointaines, fréquent. Ou bien la douleur reste locale, elle est réveillée par la pression sur l'apophyse épineuse divisée et par la fatigue. On bien la douleur irradiée à la cuisse simule la névralgie sciatique, sans signes radiculaires mais avec un léger état parétique, de l'anesthésie des fesses et du scrotum, une abolition des réflexes achilléens et plantaires.

Quelquefois, on observe un certain état spastique des groupes musculaires de la jambe.

2° Le type *pseudo-pottique*, douleur épineuse précise, souvent même une contracture musculaire vertébrale et une apparence de déviation; quelquefois exagération des réflexes rotuliens. Ces malades ne sont pas calmés — ou seulement momentanément — par le repos couché.

3° Le type *d'insuffisance vertébrale* marqué par des douleurs vertébrales imprécises, variables, mal définissables. Les malades souffrent alors d'une sorte d'instabilité statique qui les fait constamment changer de position.

4° Le type *pseudo-néphrétique*, simulant les crises douloureuses de la colique néphrétique.

La *laminectomie* peut soulager et même guérir ces états douloureux; elle doit être large en hauteur et en largeur, réséquer les épines et les lames de la 3° lombaire à la 3° sacrée.

Elle n'agit pas en enlevant un obstacle intra-rachidien sous-jacent à l'hiatus du *spina bifida*, puisqu'on trouve un canal rachidien et un espace péri dure-mérien normaux. Mais elle supprime toute la zone pathogène ostéo-fibreuse, qui est une région anormale congestive, irritative et point de départ du réflexe douloureux.

En outre, l'intervention atteint massivement le sympathique péri-artériel de ce tissu vascularisé congestif. Elle agit aussi sur les extrémités du nerf sinu-vertébral et engendre probablement par là une action modificatrice favorable sur certains centres nerveux et certaines racines.

Quelles que soient les explications finales, et de la douleur, et du mode d'action de la laminectomie, il n'en reste pas moins que nombre de douleurs lombo-sacrées et sciatiques coïncident avec la présence d'un *spina bifida occulta* lombo-sacré, le plus généralement irrégulier, et que l'ablation des arcs rachidiens de la région entraîne la suppression de ces douleurs.

Albert Mouchet.

J. Hanausek (Prague). ***Traitement de la scoliose chez les enfants et les adolescents par la stimulation de la croissance des parties concaves de la colonne vertébrale*** (*Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'appareil moteur*, XLI° année, t. XXI, n° 3, Mai-Juin 1934). — H. propose une nouvelle voie dans le traitement de la scoliose chez les enfants et les adolescents par la stimulation de la croissance des parties concaves de la colonne vertébrale. Cette méthode est basée, d'une part, sur la longue pratique constatant qu'en cas d'inflammation chronique des os au niveau de la diaphyse, le cartilage de l'épiphyse s'irrite quelquefois tellement qu'une croissance pathologique en longueur de l'extrémité se produit et, d'autre part, sur la possibilité d'irriter le cartilage de l'épiphyse, prouvée par les expériences de divers auteurs, par exemple Maas, qui a obtenu l'allongement du membre par le badigeonnage à la teinture d'iode. H. recommande surtout, dans l'exécution pratique de la méthode, l'emploi de la radiation des parties concaves de la colonne vertébrale au moyen des rayons de la lampe électrique (principalement la nuit dans la couchette de plâtre toujours pendant plusieurs heures), la diathermie et le badigeonnage périodique (une fois la semaine) de l'épiderme à l'aide de la teinture d'iode, avec les rubéfiants, aux places correspondant aux parties concaves de la colonne vertébrale et du bassin.

Albert Mouchet.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

O. Stracker. ***Les modifications de la peau du pied, leur structure et leurs conditions mécaniques*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 20, 19 Mai 1934). — S. distingue trois groupes parmi les cors : les cors surélevés (*Clavi eminentes*), les cors plans (*Clavi plani*) et enfin les cors interdigitaux (*Clavi interdigitales*). Chez les premiers, on constate que le stratum granulosum est interrompu au niveau de la plus grande épaisseur du cor. A ce niveau, les papilles dermiques sont plus étroites et se ramifient parfois. La couche cellulaire la plus profonde (assise basilaire, stratum cylindricum) présente le plus souvent des signes de dégénérescence qui, d'ailleurs, affectent également le corps muqueux. Cette suppression du stratum granulosum est très remarquable et doit être rapprochée de ce que cette couche est également absente dans la matrice de l'ongle. De plus, comme pour l'ongle, on constate également que les noyaux se conservent jusque dans la couche cornée.

On doit admettre que sous la pression de la chaussure ou par distension de la peau au niveau des articulations, il se produit des phénomènes tout à fait analogues à ce qui se passe au niveau des ongles, c'est-à-dire, une augmentation de la vitalité des éléments qui se ferait sentir par la conservation des noyaux jusque dans la couche superficielle.

Au point de vue thérapeutique, S. recommande pour les cors surélevés, des emplâtres au savon salicylé à 30 pour 100 et rappelle que pour enlever ces productions, les Chinois utilisent des fragments d'os extrêmement tranchants qui proviennent de certains animaux. Quand il s'agit d'orteils en marteau, il faut recourir à la ténotomie ou à la résection de la tête de la phalange. Quand il s'agit de cors plans, les injections sous-cutanées d'antipyrine et de novocaïne ont donné des résultats durables. D'un autre côté, selon S. la peau semble présenter, en pareil cas, une certaine prédisposition, de sorte qu'il arrive à conseiller l'excision ovalaire suivie de suture. Pour les cors interdigitaux, le poudrage avec une poudre grasse ou parfois l'extirpation d'une production osseuse est nécessaire. La création opératoire d'une sorte de membrane interdigitale a donné également de bons résultats pour les cors interdigitaux. A propos des callosités, S. rappelle que la magnésie calcinée prise à l'intérieur donne des résultats satisfaisants.

S. parle encore des verrues plantaires qui sont parfois difficiles à dépister mais qui se reconnaissent au fait que la douleur est très nettement localisée. L'histologie de ces lésions montre l'existence de papilles d'une longueur considérable. Dans la couche granuleuse, on trouve des cellules de très grandes dimensions présentant souvent deux noyaux. Le traitement opératoire est celui qui donne les résultats les plus rapides. Mais il exige un repos de quelques jours. On peut donc essayer de recourir aux pâtes salicylées. L'irradiation par le radium ou par les rayons Rœntgen, et un vaccin préparé avec des verrues excisées broyées dans un mortier en présence d'une solution salée physiologique, ont donné des résultats satisfaisants.

P.-E. Morhardt.

K. Heckmann. ***Les fonctions de la vésicule biliaire considérée comme régulatrice de la circulation entéro-hépatique et comme organe détoxicant*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 21, 26 Mai 1934). — La résorption dont certains constituants biliaires se trouvent être l'objet au cours du transit intestinal a été constatée pour la première fois par Schiff et constitue une sorte de petite circulation. Ces substances se trouvent changer constamment de milieu : milieu intestinal, bile, sang et ainsi de suite. Une partie d'entre elles passe cependant par les vaisseaux lymphatiques pour revenir finalement au foie par l'intermédiaire de l'artère splénique. Il existe donc, à côté du petit circuit, un grand circuit entéro-hépatique. Enfin, les communications qui existent sous formes de capillaires entre les ramifications de la veine porte et les veines du foie ainsi que les anastomoses entre la veine porte et la veine cave, le plexus œsophagien, plexus hémorroïdal et veine ombilicale peuvent intervenir surtout, d'après H., en cas d'affection diffuse du foie avec stase dans la veine porte. Il se réalise alors des fuites par défaut d'étanchéité dans le petit circuit entéro-hépatique.

En somme, la plus grande partie de la bile se trouve prise dans un circuit continu. Il en est ainsi notamment pour l'eau et pour les sels neutres solubles (NaCl, $CaCl^2$, etc.). La bilirubine, à son arrivée dans l'intestin, est transformée en urobilinogène dont il serait éliminé avec les selles 150 à 200 milligr. tandis que 100 à 200 milligr. seraient résorbés pour revenir au foie et 20 milligr. repris par la grande circulation pour être éliminés par l'urine. On ne sait d'ailleurs pas très bien ce que l'urobiline résorbée devient dans le foie. Il est possible qu'elle se transforme en hémochromogène ou en bilirubine.

En ce qui concerne les acides biliaires qui sont déversés par la bile dans l'intestin, dans la proportion de 10 à 12 gr. par jour, ils sont en grande partie résorbés pour repasser de nouveau dans la bile. Il n'est pas possible en effet, qu'une aussi grande quantité de sels biliaires soit quotidiennement perdue par l'organisme. On sait d'ailleurs, qu'après une fistule d'Eck, la proportion des acides biliaires de la bile tombe à un minimum. Quant à la lécithine et surtout à la cholestérine, il semble qu'elles circulent d'une façon toute différente et en tout cas mal connue.

Dans la détoxication, il intervient d'abord des phénomènes chimiques comme l'oxydation, le dédoublement, la conjugaison, etc., ou encore l'élimination par les poumons, la peau, les reins, etc. Mais une forte concentration dans la petite circulation entéro-hépatique doit être considérée comme un processus de défense d'une importance extrême à l'égard des substances toxiques. La plus grande partie des substances étrangères à l'organisme est donc rapidement éliminée soit par les reins, soit par le foie suivant leurs propriétés chimiques. Certains corps, on le sait, ne sont d'ailleurs éliminés que par un seul de ces organes. Les substances utilisées pour opacifier les urines (abrodil, urosélectan) ne sont éliminées que par les reins et se trouvent à une forte concentration dans l'urine. Au contraire, la tétra-iode-phénol-phtaléine (tetragnost) n'est éliminée que par le foie. La circulation de cette dernière substance a été étudiée de très près par H. par dosage de l'iode. Il a pu constater ainsi que la courbe de la sécrétion de l'iode avec la bile augmente déjà au bout de 8 minutes et que la concentration, au bout de 90 minutes, atteint 1,3 milligr. pour 100 gr. H. a de plus remarqué que si, après chromocystoscopie, on administre un repas de jaune d'œuf, le lendemain matin on peut constater que la vésicule a recommencé à redevenir opaque, ce qui permet de mettre en évidence le mode d'action du circuit entéro-hépatique.

Dans ce circuit la vésicule joue un rôle soit en emmagasinant, soit encore en concentrant, phénomènes qui doivent être considérés comme une interruption temporaire dans le circuit. On s'explique ainsi les variations physiologiques dans

l'urobilinurie qui augmente après administration de protéines. Il ne s'agit pas là d'une fatigue du foie. Pendant la digestion, la circulation est simplement au maximum dans le petit circuit entéro-hépatique.

Dès que les fonctions de résorption de la vésicule ne sont plus très exactement en relation avec le tonus de cet organe et avec les processus digestifs comme le fait, par exemple, se produit par lésion de la paroi vésiculaire, il doit survenir une diminution des principes biliaires circulant entre le foie et l'intestin, d'où troubles dyspeptiques. De même, une insuffisance des contractions de la vésicule peut avoir pour conséquence une arrivée insuffisante de bile dans l'intestin. Les augmentations du volume du foie qui s'observent notamment après cholécystectomie doivent être attribuées à un surmenage du petit circuit entéro-hépatique et du foie lui-même. D'ailleurs, les augmentations de volume du foie s'observent très souvent dans les affections biliaires les plus diverses. On arrive ainsi à considérer que la vésicule est chargée de protéger la cellule hépatique qui est très sensible à l'égard des substances étrangères ayant pénétré dans la petite circulation entéro-hépatique. Le traitement actuel des intoxications doit évacuer le tractus gastro-intestinal mais sans provoquer de contractions de la vésicule biliaire. On n'utilisera donc que le charbon, le bol blanc, les dérivés anthrachinoniques (rhubarbe, séné, aloès, etc.) et le soufre.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

K. Rupilius (Graz). ***L'épilepsie chez les enfants*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 18, 4 Mai 1934). — Le diagnostic d'épilepsie ne doit être accepté qu'avec une grande prudence. Il faut le distinguer des autres crises convulsives dues à une encéphalite, méningite, etc.

R. recommande pour confirmer le diagnostic l'encéphalographie car, en dehors du diagnostic, il a observé que les crises cessaient chez 1/3 des épileptiques soumis à une encéphalographie. En outre, il propose d'y adjoindre un traitement radiothérapique.

Quant à l'étiologie, R. admet que la syphilis n'a pas d'influence et que l'hérédité joue un rôle peu important. Il souligne, en outre, que les accouchements laborieux ne sont pas identiques à des traumatismes et qu'il faut se garder de les incriminer trop fréquemment.

Guy Hausser.

L. Roemheld (Hornegg). ***Gymnastique aortique*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 23, 8 Juin 1934). — R. recommande la gymnastique de l'aorte. Il entend par là l'influence sur la paroi aortique de chaque contraction du diaphragme. Cette influence n'a pu être constatée qu'après utilisation des rayons X qui ont montré les mouvements intra-thoraciques. Cette gymnastique de l'aorte n'est pas autre chose qu'une gymnastique du diaphragme. Elle améliorerait la circulation, elle servirait surtout de prophylaxie contre la sclérose aortique et celle des artères coronaires.

R. recommande de se placer dans le décubitus dorsal, d'élever lentement la paroi abdominale et d'affaisser ensuite en appuyant sur elle avec la main.

Guy Hausser.

P. Uhlenhuth (Fribourg). ***Le problème des porteurs de B. Eberth et la lutte contre la fièvre typhoïde*** (*Medizinische. Klinik*, t. XXX, n° 24, 15 Juin 1934). — A peu près 5 pour 100 de malades atteints de typhoïde gardent des bacilles, soit dans la vésicule biliaire, soit dans les reins. Ce sont ces porteurs de bacilles, semblant tout à fait guéris, qui contribuent beaucoup à répandre la typhoïde.

C'est pourquoi U. demande que chaque malade, même guéri, continue à être soumis à une stricte observation.

Le problème de la guérison complète de ces porteurs de germes semble être très important; leur guérison spontanée n'est jamais à attendre et d'autre part leur isolement parfait n'est pas possible.

En cas de bacillurie, on a parfois obtenu de bons résultats avec l'urotropine et ses succédanés. En cas d'infection vésiculaire, on a parfois procédé à une cholécystostomie, ce qui est dangereux et ne donne pas, sur ce point, de résultats certains.

On a donc essayé une thérapeutique chimique : au 1er rang, pour U., se place le violet de méthyle dont il faudrait cependant augmenter l'influence bactéricide et diminuer l'effet toxique.

L'ictérosan, le salyrgan désinfectent sans faire disparaître totalement les bacilles. L'impaludation n'aurait donné que des résultats passagers.

Etant donné le peu de succès obtenu jusqu'à présent, U. conclut qu'il faudrait surtout chercher à perfectionner les matières colorantes pour le traitement des porteurs de germes.

Guy Hausser.

G. Giehm (Zépernick). ***L'auto-hémothérapie dans les dépressions nerveuses*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 24, 15 Juin 1934). — G. a soumis à l'auto-hémo 20 malades atteints de dépression nerveuse. Chaque malade reçut tous les 2 jours une injection de 3 à 15 cmc de sang, en tout 10 à 12 piqûres. En même temps, les malades furent soumis aux rayons ultra-violets.

G. obtint d'excellents résultats même dans des mélancolies. Il attribue le résultat de ces injections à une « immunisation » active ou passive, peut-être aussi à une augmentation des globulines.

Guy Hausser.

DEUTSCHES ARCHIV FUR KLINISCHE MEDIZIN
(Leipzig)

A. Raschewskaja et **S. Genkin.** ***Evolution clinique et pronostique prochaine du rhumatisme articulaire aigu*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 4, 14 Mai 1934). — R. et G. ont étudié 74 rhumatisants. Sur ce nombre, il en est 59 qui faisaient une première attaque. Les autres en avaient fait antérieurement entre 2 et 5. En outre, 51 malades avaient eu une infection antérieure : 25 angines, 18 grippes, 3 furoncles, 1 inflammation pulmonaire et 2 érysipèles. L'ensemble de ces malades peut être divisé en deux groupes : l'un de 33 cas à évolution brève (25 à 50 jours), l'autre de 41 cas à évolution prolongée (60 à 150 jours). Or, il semble y avoir une relation entre la durée de la poussée de rhumatisme et le temps qui s'est écoulé entre cette poussée et l'infection qui l'a précédée. Dans 21 de ces cas, l'intervalle entre l'infection et le rhumatisme a varié de 1 à 5 jours et le processus rhumatismal a été de brève durée et comme brusquement interrompu. Au contraire, chez les autres malades, il a été constaté un intervalle prolongé, c'est-à-dire de 5 à 7 jours ou encore il est survenu, pendant le processus rhumatismal, une nouvelle infection (grippe, angine). Il en est de même s'il survient de l'endocardite ou de la myocardite. On doit tenir compte de ce fait dans l'appréciation de l'incapacité de travail.

Une amygdalite chronique ou une otite suppurée rend également plus vraisemblable une forme prolongée. Il en est de même quand la courbe de la vitesse de sédimentation ne s'abaisse que lentement au cours des deux ou trois premières semaines. Plus spécialement, si le rapport entre les diverses fractions protéiniques du sérum se montre altéré pendant plus de 15 à 25 jours, on doit voir là un élément important du pronostic. Une température subfébrile a une signification analogue.

Les cas non traités par le salicylate ont une évolution plus sévère que ceux dans lesquels ce médicament a été utilisé. Ceux-ci d'ailleurs se montrent actifs surtout au stade aigu de la maladie en diminuant les processus exsudatifs, la douleur et la température.

P.-E. Morhardt.

L. von Berkesy. ***Les effets du paprica sur la sécrétion gastrique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 4, 14 Mai 1934). — Les recherches de B. ont porté sur l'action de trois espèces de paprica, soit chez des sujets sains, soit chez 31 gastropathes. Ces trois espèces diffèrent entre elles par la réaction de la capsaïcine qu'elles donnent c'est-à-dire, en somme, par leur sapidité.

Il a été ainsi constaté que le paprica augmente la sécrétion gastrique. Cette augmentation est minime ou nulle quand il s'agit d'estomac hyperchlorhydrique ou à acidité normale. Par contre, en cas d'hypo-acidité ou d'achlorhydrie, cette augmentation a toujours été très forte (20,6 pour 100). Mais il ne semble pas y avoir de différence à ce point de vue entre les diverses espèces de paprica. Dans ces conditions, ce condiment ne doit être défendu qu'en cas d'hyperacidité. Au contraire, en cas d'anacidité, il aurait une action favorable.

P.-E. Morhardt.

Max Hochrein et **Karl Adolf Seggel.** ***Diagnostic et appréciation des altérations cardiaques rhumatismales*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 4, 14 Mai 1934). — Il a été étudié par l'électrocardiogramme 100 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu présentant une première ou une deuxième rechute, une absence de signes cliniques de cardiopathie, une endocardite récente ou des lésions valvulaires anciennes. Il a été constaté d'une façon très générale, une altération de l'onde P (division plus ou moins profonde avec négativation) et du complexe RST (relèvement de A, de A_1 et abaissement de A_3 avec division de l'onde T). Il est plus rare qu'on observe un allongement de PQ. Ces altérations sont pour une part réversibles.

A titre de contrôle, il a été également étudié 40 cas d'insuffisance mitrale au stade de compensation et sans aucun signe d'infection. L'électrocardiogramme a présenté chez ces sujets des modifications analogues à celles qui ont été constatées en cas de rhumatisme aigu fébrile sans endocardite. Ainsi, la cause de ces altérations ne peut être ramenée, ni aux processus anatomiques, ni à une modification fonctionnelle. C'est à l'existence du granulome de Aschoff que H. et S. se trouvent finalement obligés de rattacher ces déformations électrocardiographiques. Il y a d'ailleurs lieu de remarquer que dans 62 pour 100 des cas, on trouve une déformation de ce genre qui témoigne d'une myocardite, mais non d'une endocardite. L'évolution clinique du rhumatisme cardiaque est d'ailleurs étroitement liée à l'importance de la myocardite.

P.-E. Morhardt.

Hans Gemeinhardt et **Hans Horsters.** ***Le taux du calcium du sérum du sang en cas d'affection inflammatoire des articulations*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXVI, n° 4, 14 Mai 1934). — Dans l'espoir d'arriver à faciliter la classification diagnostique des inflammations articulaires, G. et H. ont dosé, dans un certain nombre de cas de ce genre, le calcium du sang par la méthode de Kramer et Tisdall en recueillant le précipité 24 heures seulement après avoir ajouté l'oxalate d'ammoniaque pour être sûr de déter-

miner ainsi la totalité du calcium. Avec cette méthode qui donnerait des erreurs inférieures à 4 pour 100, les chiffres normaux ont été en moyenne de 10,36 milligr. pour 100 grammes avec 9 et 11,7 comme chiffres extrêmes.

Chez 37 malades atteints d'arthrite déformante (ostéoarthropathie déformante de la Ligue internationale contre le rhumatisme), la valeur moyenne trouvée a atteint 11,27 pour 100 avec 9,54 et 13,20 comme chiffres extrêmes. Dans le rhumatisme articulaire aigu (polyarthrite aiguë), la moyenne a été de 10,96. Dans les récidives de rhumatisme articulaire aigu, elle a été de 11,9 et enfin dans le rhumatisme chronique primtiif et secondaire (polyarthrite chronique), elle a été de 11,12. Il ne semble donc pas que le taux du calcium du sérum puisse être utilisé dans le but de distinguer ces diverses formes de rhumatisme. Dans l'arthrite déformante notamment, une proportion élevée de calcium ne constitue pas la règle. Une tendance à l'élévation du calcium du sang s'observe d'ailleurs également d'une façon passagère aussi bien dans le rhumatisme chronique que dans les récidives de polyarthrite.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für SCHIFFS- und TROPEN-HYGIENE (Leipzig)

B. Hylkema. ***L'eau de boisson à bord des navires de commerce sous les tropiques et son examen au point de vue hygiénique*** (*Archiv für Schiff-und Tropen-Hygiene*, t. XXXVIII, n° 5, Mai 1934). — H., par de minutieuses analyses, étudie le comportement biologique de l'eau emportée sous les tropiques dans les réservoirs des bateaux, ainsi que de celle que l'on se procure dans les ports des pays chauds. Il donne des conseils pratiques, qui seront lus avec fruit par les médecins s'intéressant à l'hygiène maritime, pour la conservation de cette eau à bord et l'aménagement des réservoirs qui doivent la contenir.

L'eau prise dans les ports des pays chauds est très souvent souillée, malgré l'autopurification biologique qui est plus précoce que dans les climats tempérés et s'amorce dès les premiers jours après l'emmagasinement. La croissance des bactéries a comme conséquence une pullulation de protozoaires doués d'un fort pouvoir destructeur pour les germes étrangers à la flore aquatique.

L'eau servant à la boisson, ainsi qu'aux opérations culinaires, doit être séparée de celle destinée à d'autres usages et filtrée. Il faut compter environ 150 à 200 litres quotidiennement par personne, pour tous les besoins. La qualité de l'eau de boisson est fonction des soins qui sont apportés à sa manipulation et à son séjour dans les réservoirs. La présence du *B. coli commune* représente le critérium bactériologique le plus pratique pour mesurer le degré de pureté de l'eau considérée.

Ch. Joyeux.

THE LANCET (Londres)

A. Carmichael, F. Fraeser, D. Mc Kelvey et **D. Wilkie.** ***L'action thérapeutique de la prostigmine*** (*The Lancet*, n° 5775, 5 Mai 1934). — Depuis les travaux de Aeschlimann et Reinert, on sait que la prostigmine a une action stimulante sur l'intestin, principalement dans les cas d'atonie intestinale post-opératoire.

L'injection sous-cutanée ou intramusculaire de prostigmine produit chez les sujets normaux des mouvements actifs du côlon, mais il existe des variations considérables d'intensité dans cette action.

La prostigmine, même employée à une dose double que celle recommandée, ne semble pas avoir d'action sur le cœur ni sur la pression.

C'est surtout dans les cas de distension gazeuse de l'intestin que son action est efficace. 10 à 20 minutes après l'injection, des douleurs abdominales et des contractions apparaissent et après un lavement à la glycérine on obtient une évacuation des gaz.

L'injection intramusculaire de 1/2 milligr. de prostigmine suivie d'une injection de pituitrine et d'un lavement à la glycérine semble être un des meilleurs traitements de la distension intestinale post-opératoire.

André Plichet.

Leslie Cole. ***Le diabète sucré de l'enfant*** (*The Lancet*, n° 5775, 5 Mai 1934). — C. rapporte 18 cas de diabète observés chez des enfants de moins de 15 ans. Dans 1 cas, le diabète commença à l'âge de 3 ans. Chez 6 malades, la maladie était familiale, en ce sens qu'il y avait un frère ou une sœur atteint de la même maladie. Chez un enfant seulement l'hérédité était évidente.

Tous ces enfants avaient une santé normale avant le commencement du diabète. Chez 3 enfants, le début de la maladie survint après les oreillons et 2 d'entre eux se plaignirent de douleurs épigastriques et abdominales.

Ces cas furent particulièrement graves et dans 3 observations la maladie débuta d'emblée par le coma.

André Plichet.

Leslie Cole. ***Le diabète sucré de l'enfant*** (*The Lancet*, n° 5776, 12 Mai 1934). — Tous les enfants furent admis à l'hôpital dès le diagnostic fait. Dès leur admission, ils furent mis à un régime contenant le tiers ou la moitié du nombre des calories nécessaires à leur âge, les hydrates de carbone n'excédant pas 40 gr. A la plupart des malades, on injecta progressivement de l'insuline jusqu'à la disparition du sucre dans l'urine et l'apparition d'un taux de sucre sanguin normal. Pendant tout ce temps, les malades furent tenus au lit. Puis on augmenta la quantité des hydrates de carbone sans dépasser toutefois 100 gr., en augmentant si nécessaire l'insuline. Mais il est difficile, en raison de la gravité du diabète de l'enfant, de donner un régime suffisamment riche en calories, même en injectant des doses élevées d'insuline.

La fréquence des infections aiguës ou chroniques chez l'enfant rend la conduite du traitement plus difficile que chez l'adulte. Le coma est toujours menaçant.

L'hypoglycémie se voit fréquemment chez l'enfant. Les accidents, cependant, arrivent à un taux du sucre sanguin plus bas que chez l'adulte. Les symptômes de l'hypoglycémie sont au début des troubles du caractère: colère, irascibilité, insubordination. A signaler qu'ils font plus facilement des crises convulsives que l'adulte.

L'hypoglycémie se montre surtout la première année du traitement insulinique. Trois causes semblent la provoquer: l'exercice et les jeux des enfants rendus à leurs parents qui amènent une décharge d'insuline, un taux élevé d'insuline injecté pour permettre une quantité plus grande d'hydrates de carbone, la guérison d'une affection chronique ou d'un foyer septique.

A signaler également que le taux de sucre sanguin chez l'enfant est très instable.

Sur 18 cas observés par C., il y eut 6 comas diabétiques. 2 marquèrent l'entrée dans la maladie, 1 fut observé au cours d'une mastoïdite. Il faut toujours augmenter l'insuline au cours d'une infection. La peur de l'hypoglycémie amène bien souvent l'apparition du coma.

Le développement sexuel et la croissance de ces enfants ne furent pas arrêtés. Aucun ne prit l'aspect myxœdémateux que l'on a signalé chez les enfants soumis à l'insulinothérapie.

André Plichet.

S. Shanson et **C. Eastwood.** ***L'usage et l'action de l'histamine dans le rhumatisme*** (*The Lancet*, n° 5780, 9 Juin 1934). — Depuis quelques années, on a préconisé l'histamine dans le traitement du rhumatisme. S. et E. ont étudié l'action de cet acide aminé chez 30 adultes atteints de rhumatisme chronique. Ils ont fait des injections sous-cutanées de 1 milligr. de phosphate acide d'histamine joint à 1 centicube de solution salée et de 5 milligr. de phénol. Ces injections furent faites au nombre de 2 à 3 par semaine et continuées pendant 4 semaines.

Quelques malades furent traités également par la thio-histamine en injection intramusculaire aux doses croissantes de 2 à 6 milligr. deux ou trois fois par semaine.

Après l'injection, on peut remarquer une poussée de chaleur et un érythème de la face et du cou, puis quelques minutes après une atténuation des douleurs rhumatismales et une possibilité plus grande des mouvements. Les phénomènes vasomoteurs, pâleur ou cyanose des doigts, refroidissement des extrémités, disparaissent. A signaler qu'une céphalée, des sueurs peuvent apparaître, contemporaines de l'érythème facial. La pression tombe en général de 2 et même 4 degrés, par contre la température s'élève de 1/2 degré. Le pouls et la respiration ne sont pas modifiés.

Les rhumatisants qui peuvent bénéficier de ce traitement sont ceux surtout chez lesquels on remarque des symptômes vasomoteurs accompagnant leurs symptômes articulaires.

André Plichet.

S. Mac Kenna. ***Les applications cliniques de l'histamine dans le rhumatisme*** (*The Lancet*, n° 5780, 9 Juin 1934). — L'histamine a conquis une place définitive dans le traitement des affections fibreuses, des névrites et de toutes les formes du rhumatisme chronique avec douleur et diminution des mouvements. La meilleure façon d'administrer l'histamine est de l'employer sous forme de solution par l'ionisation et le massage.

Avec l'ionisation, il faut une surveillance attentive des malades. La dose de milliampères et celle de la solution peuvent varier. Un certain nombre de réactions ont été signalées soit au point d'application, soit au point de vue général : rubéfaction de la peau, apparition d'urticaire. Il faut diminuer l'intensité du courant en cas d'apparition de maux de tête, de tachycardie, de sensation de constriction thoracique.

André Plichet.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

J.-C. Sharpe. ***L'intoxication par les bromures*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 18, 5 Mai 1934). — L'intoxication chronique par les bromures est d'un diagnostic très difficile, parce qu'elle se présente sous un aspect clinique protéiforme. S. rapporte 10 observations d'intoxication bromée, dans lesquelles le diagnostic n'a pu être fait avec certitude que par la recherche du brome dans les urines ou le sang.

La réaction qui permet de déceler les bromures dans les urines est très simple : on ajoute à 25 cm. d'urine 1 gr. de charbon animal, on filtre, et à 5 cmc du filtrat on ajoute 1 cmc d'acide trichloracétique à 30 pour 100 et 1 cmc d'une solution de chlorure d'or à 0,5 pour 100 : en cas de réaction positive apparaît une coloration brune. Cette réaction est spécifique du brome et de l'iode.

Le dosage du brome dans le sérum sanguin est plus délicat : il ne faut tenir compte que des chiffres nettement anormaux, au-dessus de 100 milligr. pour 100 gr.

Le traitement est simple : suppression des bromures et administration de chlorure de sodium qui active l'élimination du brome : en cas d'urgence, on peut faire une injection intraveineuse de sérum salé hypertonique.

R. Rivoire.

W. Van Wagenen. ***Tumeurs cérébrales vérifiées: résultats 8 ans après l'opération de 149 cas*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 18, 5 Mai 1934). — Dans ce très intéressant article, W. expose les résultats d'une enquête entreprise par lui pour vérifier le résultat final des interventions faites par Cushing pour tumeurs cérébrales 8 ans auparavant. Dans l'ensemble, les résultats sont mauvais, 20 pour 100 des opérés seulement étant vivants à l'heure actuelle; et la moyenne de survie n'a été que de 38 mois.

Parmi toutes les variétés histologiques de tumeurs cérébrales, 2 seulement ont un bon pronostic : l'astrocytome cérébelleux (8 vivants sur 11 opérés) et les adénomes hypophysaires (22 vivants sur 26 opérés). Les plus mauvais sont les glioblastomes et les médulloblastomes, dont il n'y a aucune survie sur 38 opérés, et où la durée moyenne de survie n'est que de 13 mois.

Il est possible que de nouvelles statistiques faites dans 8 ans, donnent de meilleurs résultats, car la technique chirurgicale a fait de très grands progrès au cours des dernières années : il ne faut cependant pas s'illusionner sur la valeur de la chirurgie des tumeurs cérébrales, en dehors des adénomes hypophysaires et des astrocytomes cérebelleux.

R. Rivoire.

J. Ambler et **J. Van Cleve.** ***La malariathérapie de la kératite interstitielle syphilitique*** (*The Journal of the American Medical Association*, vol. CII, n° 19, 12 Mai 1934). — A. et V. C. ont traité par la malaria 17 malades atteints de kératite interstitielle. Les résultats ont été régulièrement excellents, très supérieurs à ceux obtenus avec les traitements antisyphilitiques ordinaires. L'amélioration est surtout nette dans les cas quelque peu chroniques, à condition que persistent encore douleur et photophobie. Le résultat le plus net est la disparition presque immédiate de la douleur, du larmoiement et de la photophobie; et les opacités cornéennes sont plus rapidement et complètement absorbées que par aucune autre thérapeutique.

Dans 5 cas où un seul œil était atteint, le second œil n'a pas été touché.

Il n'y eut aucun accident mortel : mais chez un enfant de 7 ans, la malaria fut arrêtée au 3e frisson à cause de symptômes inquiétants. Il vaut mieux ne pas utiliser la malariathérapie chez les enfants de moins de 11 ans, qui supportent d'ordinaire mal les accès palustres.

R. Rivoire.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

G. Cozzutti. ***Comportement de la glycémie après sondage duodénal*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 18, 5 Mai 1934). — De nombreux travaux ont été consacrés à l'étude des rapports des sécrétions externe et interne du pancréas; en particulier, on a remarqué que l'ingestion d'acide chlorhydrique ou l'introduction de cette substance dans le duodénum par tubage provoquait, à côté d'une sécrétion pancréatique externe, une hypoglycémie nette. G. a constaté que le tubage duodénal « à blanc » avec la sonde d'Einhorn entraînait des modifications de la glycémie comparables par leur fréquence et leur importance à celles que produit l'acide chlorhydrique; d'autre part, il a observé que l'hypoglycémie après tubage à blanc était d'autant plus intense que la sonde avait mis plus de temps à passer dans le duodénum; dans une autre série de recherches, il a étudié les effets de sondages gastriques à blanc avec la sonde d'Einhorn et trouvé qu'ils étaient très voisins de ceux des sondages duodénaux, l'hypoglycémie étant en rapport direct avec la durée du séjour de la sonde dans l'estomac. De tous ces faits, G. conclut qu'à côté du réflexe duodéno-insulaire, il faut faire place à un réflexe gastro-insulaire.

Lucien Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

F. Marcolongo et **U. Barone.** ***Etudes sur la pathologie de l'acide oxalique : l'oxalémie à l'état normal et au cours des divers états pathologiques*** (*La Clinica medica italiana*, t. LXV, n° 5, Mai 1934). — M. et B. ont utilisé, comme méthode de détermination de l'oxalémie, celle de Merz et Maugeri qui paraît la plus exacte et ne nécessite qu'une faible quantité de sang; à l'état normal, le taux de l'oxalémie est en moyenne 3,5 milligr (de 2 à 5); l'oxalémie augmente au cours d'états pathologiques variés jusqu'à 12 milligr. Chez les cardiaques, l'hyperoxalémie est peu fréquente : 6 cas sur 21 et, dans 2 des 6 cas, elle semblait dépendre de complications pulmonaires. Sur 12 cas de néphrite chronique, M. et B. ont trouvé dans 6 cas une légère hyperoxalémie et dans les autres une oxalémie normale; un cas de néphrite aiguë a fourni un chiffre très élevé. L'hyperoxalémie, rare dans les affections des voies biliaires, est fréquente dans les maladies du foie et paraît en rapport avec la gravité de l'atteinte. L'hyperoxalémie existe souvent dans les tuberculoses chirurgicales et surtout dans la tuberculose pulmonaire, en particulier dans les formes excavées. L'hyperoxalémie a été trouvée dans 6 cas de diabète sur 11, sans rapports constants avec la gravité du cas ou le taux de la glycémie. L'oxalémie est en général normale dans les maladies infectieuses. L'hyperoxalémie est fréquente dans les affections articulaires aiguës et chroniques : dans le rhumatisme articulaire aigu, elle existe dans la moitié des cas et est parallèle à l'évolution.

Nombreux sont donc les états pathologiques capables d'élever l'oxalémie; les hyperoxalémies par trouble primitif du métabolisme de l'acide oxalique paraissent beaucoup plus rares que les hyperoxalémies secondaires.

Lucien Rouquès.

RINASCENZA MEDICA
(Naples)

A. Pouché. ***Les anomalies du rythme et de la fréquence de la respiration dans la méningite tuberculeuse du nourrisson*** (*Rinascenza medica*, t. XI, n° 9, 15 Mai 1934). — D'après l'étude pneumographique de 12 cas de méningite tuberculeuse (10 chez des nourrissons, 2 dans la seconde enfance), P. conclut qu'on observe en général d'abord l'accélération du rythme respiratoire, puis son ralentissement, ce ralentissement étant d'ailleurs parfois dû plus à des pauses respiratoires qu'à une véritable bradypnée; à la phase ultime, il existe une tachypnée évidente; celle-ci peut être plus précoce, dépendant du progrès des lésions pulmonaires; le rôle des lésions pulmonaires ne doit pas être perdu de vue dans la pathogénie de ces troubles respiratoires à côté du facteur nerveux. La respiration de Cheyne-Stokes est fréquente, la respiration de Biot exceptionnelle; mais les courbes ne sont pas toujours typiques car la respiration périodique du nourrisson est moins souvent schématique que celle de l'adulte; à la période finale, lorsque les altérations pulmonaires ont progressé, la respiration prend le type toxique.

Lucien Rouquès.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

D. Hagiesco. ***La thérapeutique métabolique de la tuberculose pulmonaire*** (*Romania Medicala*, t. XII, n° 9, 1er Mai 1934). — Les nombreuses études de biochimie situent la tuberculose pulmonaire parmi les états morbides ou l'on rencontre de nombreux troubles métaboliques.

Avec Monceaux, le dogme classique — déminéralisation, autophagie et hyperoxydations — a changé : dans la tuberculose pulmonaire, la déminéralisation et l'autophagie manquent et les échanges nutritifs sont ralentis. La conception actuelle considère les troubles métaboliques comme une conséquence de l'infection alors que Robin les considérait comme primitifs et caractérisant le terrain prétuberculeux.

Le métabolisme minéral :

a) *Le calcium* est éliminé en excès, mais l'alimentation suffit pour compenser la perte. Pour H. il n'existe pas de médicaments dits « recalcifiants. »

b) *Le phosphore* et le *potassium* ont un métabolisme normal.

c) *Le chlorure de sodium :* la chlorurémie et la chlorurie oscillent dans des limites para-normales, il s'élimine en excès par les sueurs.

Le métabolisme de l'eau est troublé; les tuberculeux sont des hydrémiques. *Le métabolisme des glucides* est augmenté; dans les formes graves, on a trouvé une glycémie jusqu'à 1,55 pour 100.

L'hyperglycémie serait due en partie à une insuffisance glycopexique du foie et à une insuffisance gycolytiaire tissulaire (Achard et Monceaux).

Le métabolisme protidique est troublé; les tuberculeux sont incapables de transformer tout l'azote des acides aminés en urée; le métabolisme s'arrête en partie au stade ammoniaque; le foie des bacillaires présente souvent des lésions dégénératives.

L'étude de la carbonurie constitue une méthode précise, démontrant le ralentissement des combustions cellulaires (Bickel et Kauffman Cosla).

Monceaux a montré par *l'étude de la carotinémie* que le carotène, substance oxydable se détruisant en partie ou se transformant en cholestérol, existe en excès dans le sang des tuberculeux, prouvant que les combustions cellulaires sont ralenties.

Les recherches modernes de la tension du CO^2 alvéolaire, l'étude de la ventilation pulmonaire ont démontré que l'élimination des gaz est ralentie, traduisant l'insuffisance des combustions cellulaires.

Celle-ci est prouvée par : 1° la diminution du pouvoir oxydant du sérum (Monceaux); 2° l'insuffisance glycolytique des tissus (Monceaux); 3° l'insuffisance de dégradation des protides; 4° la discarbonurie; 5° la carotinémie spontanée et provoquée; 6° enfin les échanges respiratoires normaux ou ralentis.

La thérapeutique métabolique de la tuberculose pulmonaire cherche à remédier aux divers troubles du métabolisme.

Thérapeutique par les minéraux : a) le chlorure de sodium ne doit pas être restreint dans l'alimentation des tuberculeux; il s'élimine en excès par la sudation et l'on doit tenir compte de son rôle catalyseur. Les tuberculeux ayant une tendance à l'hydrémie, on évitera de donner le ClNa en excès pour empêcher l'apparition des œdèmes; de là,

l'inutilité de la restriction du sel, dans le régime de Gerson-Sauerbruch.

Le magnésium et le manganèse, substances avec un grand pouvoir catalytique, sont absolument indiquées dans la tuberculose; par leur propriété de fixation de l'oxygène ils remédient aux ralentissements des échanges.

On peut administrer le bioxyde de manganèse (1 gr. par jour), ou le carbonate de manganèse (0 gr. 50 par jour).

Le phosphore, recommandé par Loeper, à cause de son action stimulante de l'activité cellulaire. On pourra prescrire l'acide phosphorique (L-C gouttes), le glycérophosphate de soude : 1, 3 gr. par jour, les éthers de l'acide phosphorique (l'éther hexaphosphorique ou phytine), l'éther éthyle-ostophosphorique ou phosoforme.

Certains aliments sont riches en phosphore : les grains de céréales, les œufs, l'huile de foie de morue. Contre la légère déperdition de calcium, le calcium alimentaire suffit.

La thérapeutique d'activation des échanges nutritifs constitue le chapitre le plus important de cette méthode, car c'est le ralentissement de la nutrition, dont dépendent tous les troubles métaboliques. On peut remédier aux échanges nutritifs par : *a) la cure d'air de montagne*, dont l'altitude variera avec la forme de tuberculose, l'importance et l'évolutivité des lésions; elle a un pouvoir intensif pour stimuler les oxydations. Plus tard, on lui associera la cure de marche et de travail.

L'alimentation doit éviter l'excès quantitatif, qui nuit par le dépôt des acides gras dans les organes à fonctions importantes; elle sera qualitative et contiendra des vitamines et des substances catalysatrices. On donnera *des protéines* en quantité modérée, les sucs de viande crue (ronothérapie). On donnera des *hydrocarbonés* en abondance — la réserve de glycogène du foie étant diminuée. Pour remédier à la glycopexie tissulaire, qui est diminuée, on pourra employer l'insuline et ses succédanés. On emploiera l'insuline *avec prudence*, dans les cas non évolutifs, à petites doses et sous le contrôle de la température. Elle agit sur l'appétit. Aux tuberculeux en évolution, on prescrira l'opothérapie hépatique et pancréatique. *Les légumes* sont riches en vitamines, comme les fruits. On préférera les *graisses* riches en vitamines : le beurre, crème fraîche. *Le lait* et *les œufs*, riches en calcium, sont le type des aliments-médicaments. H. les recommande systématiquement, ce qui le dispense de prescrire les « recalcifiants. »

L'opothérapie comporte : l'insulino-hépato-splénо et ovarothérapie. Le foie ou les extraits buvables combattent l'anémie et redressent l'insuffisance hépatique. Les extraits de rate agissent aussi contre l'anémie.

L'opothérapie ovarienne a une action incontestable, uniquement sur les tuberculeuses dysménorrhéiques.

La thérapeutique métabolique de la tuberculose pulmonaire doit rester une méthode auxiliaire, quoique précieuse, à côté de la collapso, auro et biothérapie; elle est basée sur des faits expérimentaux et biochimiques précis, et se propose de remédier aux troubles d'assimilation.

Henri Krauter.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

K. Ulrich. ***Paralysie de l'hypoglosse en cas d'angine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 19, 12 Mai 1934). — La paralysie de l'hypoglosse s'observe surtout en cas de méningite, de rhumatisme, de tumeur et de névrite toxique. La paralysie de l'hypoglosse consécutive à une affection inflammatoire du pharynx est beaucoup plus rare. U. en a réuni 12 cas auxquels il en ajoute 4 personnels.

Sur les 12 cas de la littérature, il en est d'ailleurs 6 dans lesquels l'existence d'une affection pharyngienne n'est pas suffisamment démontrée. Dans les autres cas, la paralysie a toujours été homilatérale et a siégé du côté où l'infection était la plus sévère. En général, on admet qu'il ne s'agit pas d'une paralysie toxique, mais d'une extension de l'inflammation au tronc de l'hypoglosse.

Les 4 cas de U. ont pu être observés presque dès le premier jour de l'affection pharyngienne. Dans 3 cas, il y a eu angine avec formation d'abcès qui entraîna la mort. Dans le 4e cas, il y avait amygdalite aiguë sévère qui provoqua un frisson et entraîna une longue maladie. Dans 3 cas, il a été possible de constater l'existence d'une thrombose des veines cervicales plus ou moins importante, témoignant d'une relation entre la périamygdalite, la périphlébite et la paralysie de la 12e paire, notamment dans l'espace qui sépare la carotide interne de la jugulaire interne. Sur les coupes des pièces prélevées à l'autopsie, il a été constaté l'existence d'une périphlébite de la veine jugulaire ou de la veine faciale postérieure ayant entraîné une lésion de l'hypoglosse.

P.-E. Morhardt.

Jakob Ratner. ***Clinique et thérapeutique de la myélodysplasie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 22, 2 Juin 1934). — La myélodysplasie décrite par Alfred Fuchs ou *status dysraphicus* s'observe très souvent chez les sujets à cheveux rouges et s'accompagne fréquemment de *spina bifida* et d'autres anomalies des vertèbres (sacralisation, lombalisation, etc.), ou encore d'une dysharmonie pigmentaire (cheveux foncés et iris clairs, etc.), d'énurésie nocturne, d'hypertrichose et de vergetures lombo-sacrées, de nævus ou de verrucosités dans cette même région, etc., etc.

D'autres anomalies, comme, par exemple, la syndactylie, le pied creux, le pied plat ou le pied bot, etc., ont été également rencontrées par R. Les fibrillations vasculaires se constatent également de même que des troubles de la sensibilité appartenant notamment au type syringomyélique.

Parmi les symptômes nerveux observés chez ces sujets figurent des accès d'hystérie avec incontinence d'urine et des matières. Ce dernier symptôme peut être mis en évidence par une affection concomitante comme, par exemple, la fièvre typhoïde ou le typhus exanthématique. L'homosexualisme s'observerait également chez beaucoup de ces sujets. Le trophœdème de Meige et les « grosses jambes » d'origine obscure constatées chez des femmes à thorax gracile doivent être également rapprochées de ces états.

Sur 150 cas de goitre observés en 10 mois et de diverses natures, il a été constaté toutes les fois des stigmates de *status dysraphicus* avec anomalies vertébrales (65 pour 100 des cas) et troubles de la sensibilité (60 pour 100).

P.-E. Morhardt.

C. Wegelin. ***Angiectasies multiples de la plèvre comme cause d'un hémothorax*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 23, 9 Juin 1934). — W. donne l'observation d'un homme de 66 ans qui présente un peu de dyspnée et de toux depuis 2 ou 3 ans et qui commence à ressentir brusquement des douleurs dans la partie supérieure du ventre et dans le thorax. On constate un épanchement dans la plèvre gauche dont la ponction donne du sang pur. La dyspnée et les douleurs augmentent. Il survient de la dilatation des veines du cou; une fièvre légère apparaît. Une ponction pleurale donne issue à un litre de liquide rouge sang. On fait le diagnostic de pleurésie hémorragique par tuberculose avec tumeur maligne. La mort survient et à l'autopsie, on trouve près de 5 litres de liquide sanglant dans la plèvre gauche. Le poumon gauche est presque entièrement dépourvu d'air. La source de l'hémorragie est constituée par une sorte de petit sac rompu de la plèvre du lobe inférieur qui fait saillie comme une petite cerise dans l'espace pleural. Un autre sac du même genre se trouve au-dessous de la plèvre pariétale droite et a fortement usé la côte sus-jacente. L'examen histologique de ces sacs montre une paroi conjonctive partiellement recouverte d'endothélium d'où s'élèvent des crêtes saillantes. Dans ces sacs, il existe des caillots partiellement organisés.

La nature de ces sacs n'est pas facile à déterminer. On ne trouve aucune relation avec les veines et l'absence de fibres élastiques ou musculaires élimine les varices aussi bien que les anévrismes. Il doit s'agir d'une anomalie vasculaire primitive et multiple, c'est-à-dire d'un hémangiome caverneux ayant pour origine les capillaires, assez analogue aux angiomes du système nerveux central. Aucun autre organe ne présentait de lésions identiques.

P.-E. Morhardt.

A. Voegeli. ***Les différences constitutionnelles dans la sensibilité et leur signification pour apprécier les douleurs obscures de l'abdomen*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 24, 16 Juin 1934). — On sait que les affections typiques de l'abdomen telles que les calculs biliaires et l'ulcus gastrique ne provoquent souvent aucun symptôme caractéristique. V. a voulu rechercher la raison de ce fait et a constaté qu'elle doit être trouvée dans les variations individuelles de la sensibilité à la douleur. Pour cela, il a eu recours au procédé de E. Libmann qui consiste à se placer derrière le malade et à comprimer avec le pouce de chaque main le bord antérieur de l'apophyse mastoïde en direction de l'apophyse styloïde. On comprime ainsi le grand nerf auriculaire et on peut déterminer avec une précision suffisante le degré de la sensibilité. V. arrive ainsi à répartir les sujets en trois groupes dont le premier n'accuse aucune douleur, le second une légère et le troisième une vive souffrance.

Depuis 5 ans que V. poursuit ses recherches chez ses malades, il a constaté que les sujets qui appartiennent au troisième groupe manifestent toujours un syndrome typique lorsqu'ils sont atteints d'une affection viscérale. Au contraire, les sujets hyposensibles ne témoignent que d'une symptomatologie rudimentaire ou encore localisent mal les sensations qu'ils éprouvent. Plus spécialement, en cas d'ulcus, on n'observe pas de faim douloureuse, mais le plus souvent une sensation de gonflement et de plénitude. Chez ces sujets, l'angine de poitrine arrive à constituer le syndrome qui a été décrit sous le nom de « angina sine dolore ».

V. donne ainsi plusieurs observations de calcul énorme de la vessie, de cholécystite calculeuse et d'ulcère de l'estomac survenus chez des hyposensibles et n'ayant donné lieu qu'à des symptômes peu caractérisés.

Au total, sur 296 sujets examinés, présentant des symptômes abdominaux peu significatifs, il a été trouvé, toutes les fois qu'il s'agissait de sujets hyposensibles, c'est-à-dire 48 fois (17 pour 100), des altérations organiques de l'estomac, du duodénum et de la vésicule biliaire.

En somme, cette épreuve permet d'apprécier la signification des symptômes accusés par le malade et en même temps aide à distinguer les névropathes des organiques.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

P. Brodin et **F. Françon.** ***L'épaule douloureuse de la ménopause*** (*Le Bulletin médical*, t. XLVIII, n° 21, 26 Mai 1934). — On observe parfois, vers la cinquantaine, chez les femmes dont les règles ont cessé depuis peu, des manifestations douloureuses avec enraidissement marqué d'une épaule. Il ne s'agit ni de cellulite, ni de myalgie de la ceinture scapulaire. L'absence de traumatisme antérieur permet d'éliminer l'ostéoporose douloureuse post-traumatique. La conservation de l'interligne articulaire et des contours osseux sans ostéophytes, l'absence complète de craquements, éliminent l'arthrite sèche. Cependant, il y a plus qu'une simple névralgie brachiale, car la limitation de mouvements ne tient pas seulement à la douleur. Peut-être s'agit-il de péri-arthrite scapulo-humérale, mais faute de précision, il vaut mieux conserver provisoirement la dénomination d'épaule douloureuse de la ménopause.

Dans toutes les observations, on trouve une constipation chronique opiniâtre et des troubles des règles. « Il doit s'agir d'une sorte de localisation toxique, véritable syndrome entéro-articulaire, favorisé dans son apparition par les troubles du fonctionnement hépatique, eux-mêmes sous la dépendance de la ménopause. »

Il faut d'abord immobiliser l'articulation et éviter tout traitement offensant; une fois les douleurs disparues, la mobilisation progressive avec massage donne les meilleurs résultats.

Robert Clément.

J. A. Chavany. ***A propos des névralgies cervico-brachiales*** (*Le Bulletin médical*, t. XLVIII, n° 21, 26 Mai 1934). — Les névralgies cervico-brachiales frappent de préférence les femmes, ordinairement après la quarantaine, elles s'annoncent souvent par de petites manifestations générales ou locales d'allure rhumatismale, algies diverses, mais quelquefois, la douleur éclate brusquement sans aucun signe prémonitoire, c'est la variété apoplectiforme. La souffrance est atroce, de type causalgique et irradie à la partie externe du membre supérieur; elle est continue, mais plus cruelle la nuit. Il existe une hyperesthésie douloureuse au simple frôlement de la peau du membre supérieur. Il n'y a pas de paralysie et les réflexes sont variables, le plus souvent diminués. Dans le liquide céphalo-rachidien, on a observé une légère hyperalbuminose sans réaction lymphocytaire, avec parfois une réaction de Pandy ou de Takata-Ara positive.

Le plus souvent, l'évolution se fait en 3 à 6 semaines, mais il existe des formes prolongées ou à recrudescence. Les névralgies brachiales peuvent en outre être associées à d'autres névralgies ou à des phénomènes moteurs ou paralytiques. C. pense que la lésion dépasse souvent le funicule et atteint dans le névraxe les voies sensitives efférentes du bras, tantôt de façon diffuse, tantôt de façon parcellaire par l'intermédiaire du sympathique médullaire et aussi du sympathique extra-rachidien soit ganglionnaire, soit périvasculaire. C'est cette participation sympathique qui confère à la névralgie brachiale son allure si spéciale.

Au point de vue étiologique, on peut supposer qu'il s'agit de la localisation sur le système nerveux, sympathique compris, d'un virus neurotrope d'origine inconnue.

Si tous les traitements paraissent inefficaces à la période aiguë, il faut rassurer le malade, car la guérison est certaine dans un temps rapproché. Dès que le malade souffre moins, la radiothérapie semi-pénétrante est indiquée, bien que ses résultats ne soient pas aussi brillants que dans la sciatique.

Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

G. Carrière, Cl. Huriez et **P. Willoquet** (Lille). ***Le traitement actuel du barbiturisme aigu. Recherches expérimentales sur l'antidotisme gardénal-coramine et gardénal-alcool*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CVII, n° 41, 23 Mai 1934). — Chez un chien et 4 lapins, à qui on avait fait absorber des doses de gardénal variant entre 0 gr. 12 et 0 gr. 24 par kilogramme, des injections intra-musculaires ou intra-veineuses de coramine ont raccourci le coma (5 à 19 heures) et amené la guérison alors que les animaux témoins, traités par la strychnine, étaient prolongés pour des doses équivalentes de gardénal pendant plus de 24 heures dans le coma.

4 lapins intoxiqués avec des doses de gardénal dépassant 0 gr. 12 par kilogramme présentaient en moins de 20 minutes un coma profond dont ils sortaient 5 à 10 heures après des injections intraveineuses d'alcool à 30 pour 100 à raison de 1 cmc par kilogramme d'animal toutes les heures.

La supériorité de ces deux méthodes de traitement sur la strychnothérapie est nette au point de vue expérimental. Avec la strychnine, on n'a sauvé que 1 animal sur 3 et les guérisons obtenues avec la coramine et l'alcool furent plus rapides et ne s'accompagnèrent d'aucun accident toxique.

L'animal intoxiqué avec une substance barbiturique supporte bien la strychnine, mais la tolérance n'est ni constante ni régulière, il y a souvent cumul de signes d'intoxication strychnique et barbiturique. L'étude électrocardiographique du cœur dans l'intoxication barbiturique, traitée ou non par la strychnothérapie, fournit des éléments pronostiques : les troubles de conduction sont intenses chez l'intoxiqué surtout dans les cas traités par la strychnine.

Le traitement du barbiturisme aigu doit profiter des acquisitions récentes et associer les méthodes de soustraction (évacuation gastrique, saignées, ponctions lombaires) et les méthodes adjuvantes (adrénaline, sérum, carbogène) aux procédés de neutralisation (strychnine, injections intra-veineuses de coramine et d'alcool à 30 pour 100).

Robert Clément.

PARIS MÉDICAL

P. Harvier et **J. Antonelli.** ***Ictère catarrhal prolongé. Traitement par le tubage duodénal au 90e jour : guérison rapide*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 20, 19 Mai 1934). — Un jeune homme de 17 ans, après absorption immodérée de prunes, fut atteint de diarrhée durant 2 ou 3 jours, puis d'embarras gastrique avec vomissements pendant une dizaine de jours. Dès le deuxième jour, un ictère franc avec décoloration des matières, sans fièvre et sans hémorragie, s'installa pour durer 90 jours. Aucun autre diagnostic que celui d'ictère catarrhal prolongé ne pouvait être légitimement porté. Il s'agissait d'un ictère remarquablement fixe et stable, d'un ictère dissocié, car la réaction de Hay s'est montrée constamment négative.

Le tubage duodénal n'a pas ramené de bile B; celle-ci n'a pu être obtenue que 4 semaines après la mise en pratique du tubage duodénal. Un tubage duodénal pratiqué chaque matin amena d'abord une augmentation de la diurèse, puis progressivement une diminution de la coloration des urines. L'ictère régressa et le prurit disparut à partir du 8e tubage.

On peut se demander comment agit le tubage; sollicite-t-il la sécrétion hépatique ? Influence-t-il l'excrétion de la cellule hépatique ? Quelle que soit l'explication pathogénique, il faut retenir qu'en cas d'ictère par rétention, répondant au type clinique de l'ictère catarrhal prolongé, le drainage médical des voies biliaires par tubage duodénal répété peut suffire à faire disparaître l'ictère et doit être tenté avant de recourir à l'intervention chirurgicale.

Robert Clément.

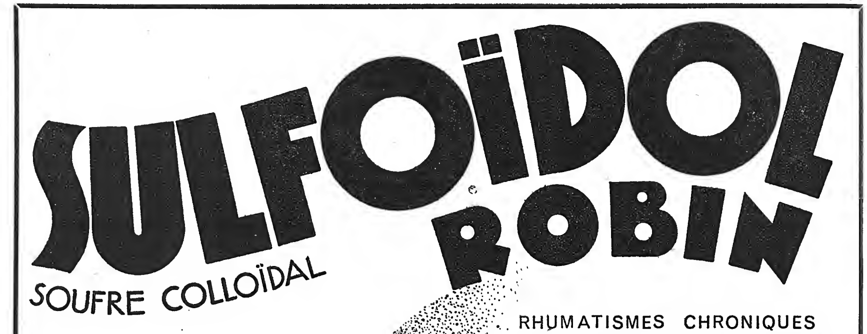
M. Brulé. ***Le tubage duodénal dans la thérapeutique des ictères*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 20, 19 Mai 1934). — En dehors des cholécystites où le tubage duodénal n'a pas d'indications, tous les ictères ne sont pas justiciables de cette méthode. Dans les ictères infectieux par hépatite, B. n'a jamais eu l'impression de hâter la guérison par le tubage duodénal.

L'indication majeure est l'ictère par obstruction des voies biliaires. Il a dans ce cas une valeur diagnostique importante. Au point de vue thérapeutique, le tubage n'est utile que lorsqu'il s'agit d'un obstacle intra-cholédocien dont le type est la lithiase de la voie biliaire principale. Parfois, il peut suffire à amener la guérison par élimination du calcul; plus souvent, il n'a qu'un rôle préparatoire à l'intervention chirurgicale, mais singulièrement utile. La disparition de l'ictère ne prouve pas qu'il n'existe plus de calcul dans le cholédoque. Le drainage médical est encore utile parfois après l'intervention chirurgicale.

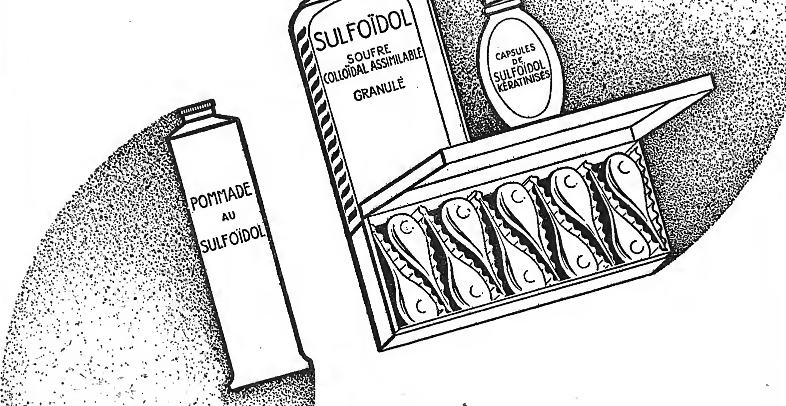
En n'injectant dans le duodénum jamais plus de 20 à 30 cmc de la solution de sulfate de magnésie à 30 pour 100, on n'observe aucun incident, on ne provoque aucune douleur. Il faudrait être très prudent si le tubage agissait en provoquant de fortes contractions des voies biliaires, en faisant pression au-dessus de l'obstacle cholédocien, mais ce mécanisme n'est nullement démontré. S'il agit comme le suppose F. Ramond en provoquant une aspiration au-dessous de l'obstacle, il n'y a aucun danger et cette méthode mérite d'être largement appliquée dans le traitement des obstructions cholédociennes, surtout comme temps préparatoire à l'intervention chirurgicale.

Robert Clément.

J. Olmer et **G. Mingardon.** ***La diathermie hépatique dans le traitement des cirrhoses du foie*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 20, 19 Mai 1934). — Sur 8 cas de cirrhose du foie traités par la diathermie hépatique, 2 ont eu une marche tellement rapide que le traitement a eu à peine le temps d'être institué, il n'en faut tirer aucune conclusion. 2 sujets ont succombé en quelques semaines sans que la diathermie ait retardé l'évolution fatale et sans qu'aucune action favorable ait pu lui être attribuée. Une malade a fait une forme plus lente mais aussi régulièrement progressive. Une autre a une évolution chronique, l'épanchement doit être ponctionné tous les mois sans avoir été influencé



RHUMATISMES CHRONIQUES
PHARYNGITES, LARYNGITES
BRONCHITES CHRONIQUES
DERMATOSES ACNÉIQUES ET
PSORIATIQUES, ARTHRITES
FERMENTATIONS INTESTINALES



DERMATOSES. ACNÉ
RHINITES

LABORATOIRES Mce ROBIN

13, 15, 31, RUE DE POISSY - PARIS

par 3 séries de 12 applications de diathermie. Tous ces cas concernaient des cirrhoses atrophiques.

2 résultats favorables ont pu être enregistrés, l'un concerne une cirrhose hypertrophique éthylique avec ascite modérée, l'autre une cirrhose de Laennec, alcoolique et syphilitique, mais ces 2 malades ont reçu, outre les séances de diathermie, des injections d'extrait hépatique et le second, 20 injections intraveineuses de cyanure de mercure.

La technique employée diffère peu de celle de Pagniez, application de 2 électrodes formées par des feuilles d'étain très minces sur la région lombaire et la région hépatique, intensité du courant : 1.500 milliampères, durée des applications : une 1/2 heure; séances 3 fois par semaine jusqu'à concurrence de 15.

La diathermie est loin de guérir toutes les cirrhoses. Pour apprécier une méthode, il ne faut pas publier seulement les cas de guérison. D'autre part, on connaît depuis longtemps des ascites cirrhotiques curables par le traitement médical. Il faut donc juger avec prudence les résultats obtenus et ne pas considérer comme constante l'action de la diathermie sur les ascites cirrhotiques.

Robert Clément.

H. Cambessédès. ***L'emploi de la mélitine chez les sujets atteints de fièvre ondulante. Son intérêt diagnostique et thérapeutique*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 22, 2 Juin 1934). — L'injection intra-dermique de 1/10 de cmc d'une suspension de germes vivants ou de germes morts ou d'une macération ou d'un filtrat de *Brucella melitensis* ou de *Brucella abortus* produit chez les malades atteints de fièvre ondulante une réaction qui a, à la fois, une valeur diagnostique et une valeur pronostique. Au pourtour du lieu d'injection, apparaît une zone rouge et papuleuse qui évolue de la 6e à la 48e heure environ après l'inoculation; quelquefois, l'apparition est tardive et se fait seulement à partir du 2e jour. On utilise de préférence l'abortine, le *Brucella abortus* étant moins dangereux à manier.

Chez le sujet normal, la réaction est négative, sauf quelques réactions légères d'origine protéinique. Les sujets d'apparence sains ayant donné des réactions positives ont eu probablement des formes larvées.

S'il suffit pour affirmer le diagnostic de constater une réaction nette, l'intensité de celle-ci permet d'apprécier le degré d'allergie ou d'hypersensibilité du malade. Les sujets qui ont une réaction nettement positive sont ceux qui bénéficieront de la vaccinothérapie.

La mélitine peut aussi être utilisée au point de vue thérapeutique, mais son pouvoir antigène est faible et elle doit être réservée aux malades à réaction allergique exceptionnellement forte. Dans presque tous les cas, elle est insuffisante et il faut lui préférer l'« endoprotéine » qui, jusqu'à présent, a amené presque constamment une guérison immédiate ou rapide.

Robert Clément.

L. Jame, A. Jude et E. Aujaleu. ***La gono-réaction, élément de diagnostic-test de guérison de la gonococcie*** (*Paris Médical*, t. XXIV, n° 22, 2 Juin 1934). — J., J. et A. ont appliqué à l'étude de l'infection gonococcique la réaction de fixation du complément avec la technique du sérum chauffé et en employant comme antigène l'émulsion microbienne polyvalente en milieu aqueux, constituée par le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur.

Dans la blennorragie aiguë, la gono-réaction ne présente aucun intérêt diagnostique; cependant, elle peut être utilisée pour différencier les urétrites non gonococciques. La sensibilisatrice antigonococcique n'apparaît immédiatement dans le sang. Le maximum des réactions positives est atteint après le 10e jour. Du 1er au 5e jour, chez les blennorragiques aigus, le pourcentage de positivité est de 10 pour 100, du 6e au 10e jour, il est de 50 pour 100, du 11e au 30e, 80 pour 100. Après 1 mois, on a eu 8 résultats positifs sur 8 cas.

Dans la blennorragie chronique, la valeur diagnostique de la gono-réaction est relative. Une réaction positive permet d'affirmer l'étiologie gonococcique, un résultat négatif est sans valeur. Sur 24 urétrites chroniques, avec présence de gonocoques, il y a 18 réactions positives et 6 négatives. Sur 47 cas datant de 4 mois à 9 ans, d'où le germe a disparu depuis plusieurs mois, la réaction a été négative 37 fois et positive 10 fois.

Dans les complications génitales et extra-génitales de la gonococcie, la gono-réaction se manifeste avec son maximum de positivité. Dans 4 épididymites, la réaction fut positive 3 fois, dans 6 cas d'arthrite consécutive à une blennorragie en évolution, elle fut constamment positive.

Le passage d'une réaction positive à une réaction négative est un témoin de guérison bactériologique après la guérison clinique. Une gono-réaction demeurant positive 2 mois après la guérison clinique autorise à suspecter la persistance d'un foyer microbien. La vaccinothérapie modifie ces conclusions. La positivité de la réaction sérologique est alors plus longue et ce n'est qu'au bout de 4 mois qu'une nouvelle séro-réaction pourra donner une indication utile sur l'évolution de l'affection.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Nicolas et J. Rousset. ***Contribution à l'étude des céphalées chez les syphilitiques. Céphalées dyspeptiques et céphalées syphilitiques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XV, n° 345, 20 Mai 1934). — Les céphalées syphilitiques ont des caractères bien spéciaux qui permettent de les identifier. Il ne faut pas chez les syphilitiques, même avérés, mettre sur le compte de l'affection spécifique toutes les céphalées qui peuvent survenir: notamment par urémie, hypertension, lésions endonasales ou sinusiennes, tumeurs cérébrales, etc.

5 observations illustrent cette vérité et montrent que les dyspepsies d'origine gastrique, hépatique ou intestinale, parfois méconnues, donnent des céphalées tenaces qu'il ne faut pas attribuer à la syphilis. Un traitement antisyphilitique indéfiniment prolongé chez ces malades est non seulement inutile, mais nuisible, alors que le traitement de ces dyspepsies donne parfois des résultats surprenants.

Robert Clément.

GAZETTE MÉDICALE DE NANTES

L. Desclaux et R. Gauducheau. ***Luxation de la Ve vertèbre cervicale au cours d'une attraction foraine*** (*Gazette médicale de Nantes*, t. XLVII, n° 10 15 Mai 1934). — Un ajusteur de 46 ans, lancé brutalement sur le tapis roulant d'une attraction foraine, se fit une luxation en avant de la Ve vertèbre cervicale et de la colonne cervicale supérieure. Cette lésion produisit une compression prolongée de la moelle qui aboutit à une destruction complète des éléments nerveux équivalente à une véritable section médullaire. Elle se traduisit par une quadriplégie progressive rapide avec rétention d'urine nécessitant une cystostomie, le tout aboutissant à la mort.

Les luxations vertébrales sont rares particulièrement dans la région cervicale. La réduction de ces luxations est difficile, aussi le pronostic est-il sévère. Cependant des cas favorables ont été publiés. Dans la plupart des cas, les troubles médullaires aggravent le pronostic et entraînent la mort.

Les attractions foraines aussi brutales ne sont pas sans danger. D. et G. reconstituent le mécanisme pathogénique de l'accident.

Robert Clément.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE (Paris)

Roussy, Huguenin et Welti. ***Structure histologique de la thyroïde restante après guérison de la maladie de Basedow par thyroïdectomie subtotale*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. XI, n° 6, Juin 1934). — Dans deux cas, R., H. et W. ont pu prélever un fragment du corps thyroïde restant chez des basedowiens guéris par thyroïdectomie subtotale. Ils ont fait ce prélèvement à l'occasion de la réfection de la cicatrice cutanée vicieuse. Ils précisent bien que, mis à part un certain degré d'exophtalmie résiduelle, la guérison clinique du syndrome de Basedow était parfaite.

Or, ils ont eu la preuve que la structure du fragment restant au corps thyroïde était histologiquement la même que celle des lobes thyroïdiens du même sujet enlevés au plus fort de la maladie. Discutant le point de savoir si on pourrait tenir cette structure histologique du noyau restant comme étant d'hyperplasie compensatrice, ils concluent que non et que c'est bien là l'aspect de la thyroïde basedowienne.

Il ressort de ces constatations que la chirurgie n'agit dans le traitement du goitre exophtalmique qu'en diminuant quantitativement la sécrétion thyroïdienne, l'hyperthyréose. De plus, on peut y trouver un fort argument pour nier l'existence d'une thyrotoxicose : la sécrétion thyroïdienne ne serait pas anormale, mais simplement en excès et on obtient la guérison en la tarissant partiellement.

Cette démonstration de l'indépendance relative des perturbations physio-pathologiques thyroïdiennes et des lésions histologiques est assurément très importante.

P. Moulonguet.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (Paris)

E. Sergent, R. Mignot et G. Poumeau-Delille. ***Les hémoptysies des corps étrangers et des pierres du poumon*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CV, 9e cahier, 10 Mai 1934). — Chez un homme de 40 ans, un éclat d'obus dans le poumon, d'abord bien toléré, a manifesté sa présence, au bout de 4 ans, par des hémoptysies récidivantes survenant au moindre effort, qui ont augmenté progressivement d'abondance et de fréquence, sans altérations de l'état général et sans fièvre.

A propos de cette observation, S., M., et P. évoquent quelques cas d'hémoptysies provoquées par des corps étrangers intra-pulmonaires ou intra-bronchiques ou des concrétions calcaires dans des lésions de tuberculose fibreuse. Ils admettent que dans la production des hémoptysies traumatiques récidivantes, il y a 2 phases : une première « constituée par un raptus vasculaire et une apoplexie broncho-pulmonaire » et une deuxième « caractérisée par la persistance d'une lésion inflammatoire chronique kystique ou cicatricielle avec couronnes de vaisseaux capillaires néo-formés, constituant une sorte d'angiome acquis ». Les hémoptysies qui accompagnent la présence des pierres du poumon cessent après leur expulsion; on

peut se demander si les crachements de sang ne dépendent pas davantage de la présence de ces véritables corps étrangers intra-pulmonaires que de lésions bacillaires en évolution.

Ces faits sont importants au point de vue diagnostic. L'extraction du corps étranger sera indiquée si les hémoptysies persistent depuis longtemps, si elles deviennent plus fréquentes, si la radiologie fait constater la présence d'une réaction inflammatoire pulmonaire; si des signes généraux et fonctionnels traduisent l'existence de complications infectieuses ou suppuratives et si l'extraction ne fait courir de trop grands risques opératoires au malade.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

K. Lian (Wieden). ***Réaction de l'urine, après résection de l'estomac*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 20, 18 Mai 1934). — La sécrétion gastrique semble jouer un grand rôle, selon L., dans l'alcalurie post-digestive. Il a observé plusieurs cas où, après résection de l'estomac pour ulcère, on a pu constater que les variations du pH cessaient ou étaient infimes après les repas, alors qu'avant la résection elles étaient assez fortes.

L. pense que ces faits prouvent les rapports existant entre la sécrétion d'acide chlorhydrique gastrique et l'alcalurie post-digestive. L. a observé également que la phosphaturie habituelle disparaît lorsque l'acide chlorhydrique gastrique n'est plus sécrété.

Guy Hausser.

Uhlmann (Copenhague). ***Etiologie de l'urticaire*** (*Medizinische Klinik*, t. XXX, n° 20, 18 Mai 1934). — U. distingue 2 grandes causes d'urticaire : les unes externes, les autres internes, et, bien que les causes puissent être différentes, les symptômes sont presque toujours les mêmes: vésicule rosée, d'abord entourée d'une aréole rouge disparaissant en général rapidement et provenant plus souvent de la couche malpighienne que des couches plus profondes du derme.

L'urticaire peut être due à des lésions nerveuses. Ceci prouve, d'après U., que l'hyperémie n'est pas due à une action des nerfs vaso-moteurs mais plutôt à une action directe des influences locales des parois vasculaires. Seule l'aréole rouge semblerait due à un court réflexe périphérique.

U. rapporte un cas d'urticaire se produisant chaque fois que le sujet entrait en transpiration. On constata que l'urticaire dépendait d'une acidose sanguine conditionnant l'acidité de la transpiration. Par un régime alcalin, on en obtint la disparition.

Guy Hausser.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Ken Kuré. *La signification du vague pour l'innervation parasympathique des organes abdominaux* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 18, 5 Mai 1934). — On admettait jusqu'ici que le vague envoie des filets parasympathiques à presque tous les viscères abdominaux. Mais un certain nombre de travaux faits sous l'inspiration de K. montrent qu'il est loin d'en être ainsi. Les fibres du vague sont presque exclusivement des petites fibres à myéline alors que les fibres sans myéline appartiennent au sympathique. Une grande partie des premières se terminent dans l'estomac et plus spécialement au voisinage du cardia.

Des expériences d'excitation, de badigeonnage avec la nicotine ou de section des filets provenant du vague ou du sympathique ont montré que les nerfs splanchniques et le grand sympathique contiennent des fibres parasympathiques d'origine spinale qui excitent la péristaltique. L'estomac reçoit surtout du vague mais aussi du parasympathique spinal, des fibres nerveuses qui excitent sa motilité. Il en serait ainsi de la partie moyenne et inférieure du grêle et de la partie supérieure du côlon.

Il a été constaté que les surrénales reçoivent des fibres parasympathiques presque exclusivement par l'intermédiaire du parasympathique spinal. D'autre part, le splanchnique contient des fibres sympathiques et vasoconstrictrices en même temps que des fibres parasympathiques et vasodilatatrices pour les surrénales.

K. remarque que les fibres d'origine vagale qui innervent les reins sans participation du grand sympathique abdominal sont très rares contrairement à la conception régnante. Les expériences auxquelles il a été procédé montrent que des fibres parasympathiques d'origine spinale ont une action vasodilatatrice et sont abondantes surtout dans le grand splanchnique. L'action du vague sur les vaisseaux rénaux semble, par contre, très douteuse. D'une façon générale, on doit admettre que le splanchnique agit surtout sur la sécrétion des substances azotées et que le petit splanchnique intervient dans la sécrétion des phosphates. Tous les nerfs agiraient également sur la sécrétion des chlorures. L'atropine est sans action sur l'innervation qui agit d'une façon spécifique sur l'activité sécrétrice des reins. Cette innervation provient certainement, pour la plus grande part, du parasympathique spinal.

Le parasympathique spinal agit également sur l'activité sécrétrice interne et externe du pancréas. On ne saurait dire si à ce point de vue l'action du vague est ou non plus puissante. L'introduction du parasympathique d'origine spinale dans l'innervation des organes abdominaux fournit donc de nouveaux points de vue en montrant que cet appareil agit beaucoup plus efficacement que le vague soit sur l'intestin, soit sur les surrénales, soit sur les reins.

P.-E. Morhardt.

F. Thoenes. *Pathogénèse et thérapeutique de l'anémie des prématurés* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 18, 5 Mai 1934). — Chez des prématurés, on observe de l'anémie d'une façon très constante et, de ce fait, la question des échanges de fer prend, pour ces enfants, un intérêt très considérable. Il y a en effet, lieu de se demander si l'insuffisance de fer intervient dans cette anémie. En administrant du fer à une série de prématurés, il a été constaté qu'il était impossible de prévenir l'apparition de l'anémie ou même d'en diminuer l'intensité. Cependant, il a été administré quotidiennement 25 à 50 milligr. de ferro-chlorure, c'est-à-dire 25 à 50 fois les besoins de l'organisme. L'administration de foie n'a eu d'action qu'à doses trop élevées pour que cette thérapeutique paraisse avoir une valeur. En somme, il ne semble pas s'agir, dans cette anémie, d'une maladie par carence.

Il doit survenir à cet âge un phénomène analogue à ce qui s'observe chez le nouveau-né à terme dont l'hémoglobine et les globules rouges diminuent rapidement en donnant assez souvent lieu à de l'anémie. Il s'agit là, selon l'expression d'Anselmino, d'un phénomène d'acclimatation ou d'adaptation à une plus grande abondance d'oxygène que celle qui était fournie par le sang de la mère. En effet, le fœtus encore dans l'utérus présente un certain degré d'anoxémie qui constitue un excitant physiologique que l'accouchement supprime. Il résulte de là une insuffisance relative des organes hémopoiétiques, insuffisance qu'il est difficile de modifier.

P.-E. Morhardt.

G. Joppich. *Une endémie par pneumocoques de type I* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 18. 5 Mai 1934). — J. a eu l'occasion d'observer une endémie qui s'est accompagnée d'une diffusion extraordinaire de pneumocoques du type I. Cette endémie a débuté au milieu de Décembre 1933 dans un asile où vivaient 30 enfants dont l'âge allait de celui du nourrisson à celui de la puberté. Quelques infirmières et domestiques ont été également atteintes. Le premier cas concernait un enfant de 2 ans ; quand il fut amené à l'hôpital, il présentait une pneumonie double avec pleurésie purulente puis méningite purulente suivie de mort. On retrouva du pneumocoque de type I aussi bien dans le liquide céphalorachidien que dans le poumon et dans la plèvre. Anatomiquement, il s'agissait d'une broncho-pneumonie. Les jours suivants, plusieurs autres cas furent observés. Il s'agissait toujours du type I. Une inspection de l'asile fut alors faite et permit de constater que, sur 29 enfants, 21 étaient malades ainsi que quelques adultes. Des frottis du pharynx ou du nez donnèrent 23 fois des pneumocoques dont 15 fois de type I, soit 60 pour 100 et vraisemblablement bien davantage car il n'a été fait qu'un seul frottis. Or, dans une population saine, ce pneumocoque se retrouve dans la proportion de 1 à 3 pour 100.

Cette endémie avait le caractère d'une endémie grippale. Il a été observé au total trois cas de pneumonie lobaire (croupeuse), une bronchopneumonie et, en plus, des affections plus ou moins sévères du pharynx, de la trachée, des bronches et une angine. Une partie des malades ont fait de la fièvre pendant plusieurs jours et d'autres n'ont pour ainsi dire rien ressenti. Il n'y a pas eu de relation entre l'âge des malades et la sévérité de la maladie.

Ainsi, les pneumocoques de type I peuvent manifester une infectiosité extraordinaire et déterminer, à côté de pneumonie lobaire, des affections catarrhales fugitives. En tout cas, il est démontré que ce type de pneumocoque peut, comme le groupe X, déterminer des broncho-pneumonies.

P.-E. Morhardt.

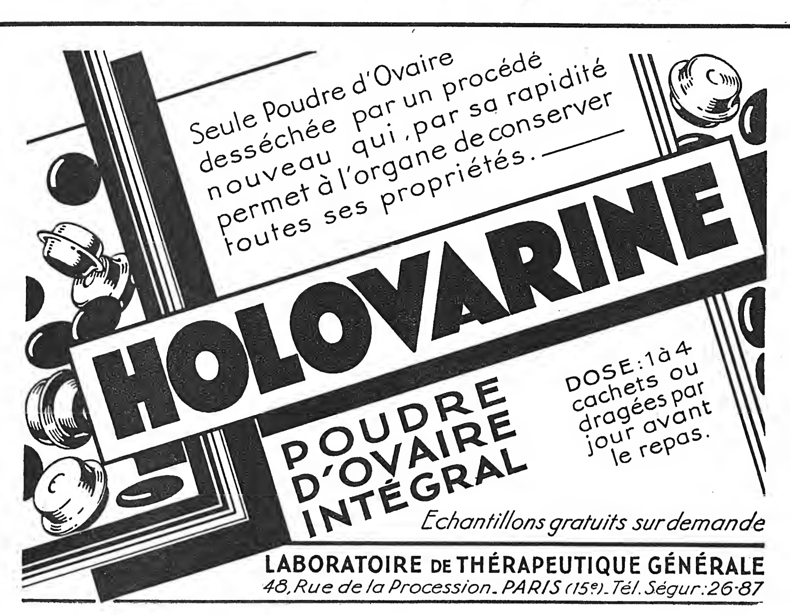
Reinhard Aschenbrenner. *Traitement opératoire en cas de décompensation sévère du cœur et de la circulation. Contribution à la clinique des suites éloignées des anévrismes artérioso-veineux* (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 19, 12 Mai 1934). — Le fait qu'un anévrisme artérioso-veineux intéressant des vaisseaux périphériques peut être à l'origine d'une cardiopathie n'est admis d'une façon générale que depuis les observations nombreuses qui ont été faites à ce point de vue pendant la guerre. Au premier stade, cette lésion, qui réalise une fuite dans la circulation, abaisse sensiblement la résistance périphérique et par conséquent la pression artérielle. Par contre, la pression dans les veines augmente, entre la lésion et le cœur, de sorte que dans l'unité du temps, le cœur droit reçoit davantage de sang et le débit par pulsation augmente. La réplétion du cœur augmentant, le péricarde offre une résistance mécanique et, en somme, les phénomènes rappellent ce qui s'observe en cas d'insuffisance aortique. L'augmentation du niveau général de la pression entraîne, par ailleurs, une insuffisance d'irrigation des coronaires dans lesquelles le sang n'arrive bien que quand la diastole est très complète. Il apparaît ainsi dans un deuxième stade une insuffisance du cœur droit.

Dans un troisième stade, le cœur gauche devient à son tour insuffisant et il survient de la stase pulmonaire, de la dyspnée, etc. La conséquence thérapeutique de ces considérations, c'est qu'on doit

Dans le traitement des métrites chroniques & hémorragiques, quelle qu'en soit l'origine —

le Nitium

donne des resultats vraiment remarquables



chercher à fermer l'anévrisme. Dans les cas sévères, l'intervention est, en effet, le seul moyen dont on dispose pour sauver le malade.

A. donne l'observation d'un homme de 46 ans qui, 30 ans auparavant, a eu une plaie pénétrante de la cuisse gauche. Depuis 5 ou 6 ans, le malade sent, dans la région de la plaie, un thrill et présente, en même temps, des signes d'insuffisance cardiaque qui font d'abord penser à une lésion valvulaire complexe. On conseille une opération à laquelle il est procédé par Konjetzny et qui permet de fermer la communication entre artère et veine. L'état du malade s'est tout d'abord quelque peu aggravé et il a fallu recourir à de la digitale. Mais deux mois plus tard, les rayons Roentgen montrent que l'ombre du cœur a diminué de même que la stase pulmonaire et le malade redevient capable de travailler au moins dans une certaine mesure.

Dans un second cas, il s'agit d'un malade de 49 ans qui, il y a 18 ans, a été blessé par une arme à feu au niveau de la cuisse gauche. Dès le début, il s'est fait sentir un thrill dans cette région et depuis un ou deux ans le malade présente des symptômes d'insuffisance cardiaque qui résistent à la digitale et à la strophantine, si bien que finalement le malade accepte l'intervention qu'il avait tout d'abord refusée. Cette intervention permet de fermer la fistule artériosoveineuse. Après l'opération, l'état du malade s'améliore considérablement : la stase diminue, l'hydrothorax disparaît, les diamètres du cœur se réduisent et le poids baisse de 14 kgs.

P.-E. Morhardt.

Tiemann. Gerhard Schmidt. ***Infections focales d'origine dentaire*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 19, 12 Mai 1934). — Il a été procédé à des recherches exactes sur l'état des dents chez 120 malades. Sur ce nombre, il en a été trouvé 10 chez lesquels l'infection focale pouvait être cause de la maladie. Mais il n'y en avait que 6 dont la maladie avait certainement cette infection pour origine. Dans un cas par exemple, il s'agit d'un homme atteint de septicémie streptococcique avec endocardite ulcéreuse et anémie secondaire. On constate l'existence d'un gros granulome qu'on extirpe et dans lequel on trouve le même streptocoque que dans le sang. Cette intervention n'empêche d'ailleurs pas la mort de survenir peu après. Chez une femme de 48 ans, présentant une température élevée et une tuméfaction des ganglions cervicaux, on a constaté l'existence d'abcès dans la poche gingivale et des granulomes dont le traitement a amené la disparition de la fièvre.

En ce qui concerne les arthrites, on peut également après traitement du foyer local constater des succès, mais aussi des insuccès. A ce point de vue, d'ailleurs, on doit distinguer les rhumatismes qui sont bien influencés par les salicylates ou par le pyramidon de ceux qui résistent à ces médicaments et qui ont généralement pour cause un foyer infectieux. Il est ainsi donné deux observations d'affections articulaires dans lesquelles l'extirpation du foyer primitif, fait d'une façon suffisamment précoce, a eu des résultats nets. Dans quelques cas de névrite, il a été également découvert des relations avec une infection focale. Il s'agissait plus spécialement de sciatique. Dans un cas, cette névrite qui avait résisté à tous les traitements, a disparu en quelques jours après traitement d'un granulome. Un mauvais état général peut également être nettement modifié d'une façon favorable par une intervention de ce genre.

A la suite de ces remarques cliniques qui sont dues à T. on trouve un bref exposé de S. concernant les principes qui doivent présider à la thérapeutique dentaire. Il s'agit le plus souvent de poches gingivales ou osseuses au moment de l'éruption des dents de sagesse inférieures, de kystes suppurés dus à des dents incluses, de paradentoses par atrophie osseuse et de granulomes par destruction de la pulpe.

En ce qui concerne le granulome, la résection de la pointe de la racine ne suffit pas. On ne peut espérer le succès qu'après avoir désinfecté les canaux par des procédés mécaniques, chimiques, thermiques et électriques suivis d'une obturation infranchissable pour les germes. Ces canaux constituent, en effet, un espace mort extrêmement favorable à l'infection. Dans quelques cas, à côté de la résection, la réimplantation peut aussi avoir des résultats satisfaisants. En tous cas, on ne saurait admettre le radicalisme des Américains qui recommandent d'enlever toutes les dents mortes car ces dents, bien traitées, peuvent, pendant de longues années, se montrer utiles sans qu'il survienne aucune récidive.

P.-E. Morhardt.

Oskar Zimmermann. ***Contribution à la clinique de l'érythrémie transformée en leucémie*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XIII, n° 19, 12 Mai 1934). — Un certain nombre de cas d'érythrémie transformés en leucémie ont été déjà décrits. Mais le diagnostic de ces affections est souvent difficile et l'évolution peut être assez extraordinaire, comme le montre l'observation de Z. Il s'agit d'un homme de 55 ans qui souffre depuis 15 ans de maux de tête, de vertiges avec rougeur du visage, d'obésité, etc. Une cure d'amaigrissement améliore jusqu'à un certain point les choses. Mais, il y a trois ans, il est apparu une première ecchymose douloureuse, qui s'étendait au bras droit et à la partie supérieure du thorax. On fit alors un examen du sang qui montra l'existence de 8,7 millions d'érythrocytes, 15.000 leucocytes et 8 pour 100 de globules blancs de caractère indéterminé (mononucléaires). On posa le diagnostic de polycythémie et on procéda à une irradiation des os longs. A la suite de ce traitement, le malade se trouva presque tout à fait bien et les ecchymoses spontanées ne se produisirent plus. Mais trois ans plus tard, le malade revient, toujours très rouge et avec une ecchymose considérable du dos. Le foie dépasse le rebord costal de 4 travers de doigts et la rate est fortement augmentée de volume. Les érythrocytes atteignent 7,8 millions, les leucocytes 84.000 et on trouve en outre 1 pour 100 de myéloblastes, 2 pour 100 de myélocytes, 4 pour 100 de métamyélocytes, 16 pour 100 de cellules à noyaux non segmentés et quelques érythroblastes. Il s'agit donc d'une érythrémie qui se transforme en leucémie myéloïde, affection responsable des hémorragies dans le tissu cellulaire sous-cutané. D'ailleurs, le malade ne tarde pas à mourir d'une rupture vasculaire intra-péritonéale.

En somme, chez ce malade, on a fait le diagnostic de polycythémie déjà il y a 15 ans. En 1930, on ne pouvait encore faire un autre diagnostic. Les constatations faites alors doivent cependant faire admettre l'existence d'une myélose leucémique débutante. Quoi qu'il en soit, ces cas où il y a association d'érythrémie et d'hypertension et, comme l'a montré l'autopsie dans ce cas, de cirrhose débutante du foie, montrent qu'on ne saurait admettre l'existence de types particuliers comme celui de Geisböck ou de Mosse.

Z. se demande également si l'irradiation des os longs qui a été pratiquée chez ce malade n'est pas responsable d'un trouble de la leucopoïèse car pour quelques auteurs l'irradiation ainsi pratiquée a pu, dans quelques cas d'érythrémie, déterminer l'apparition de myélose. Mais chez ce malade, cette thérapeutique n'a pas été cause de cette transformation car les troubles de l'appareil myélopoïétique, c'est-à-dire intéressant aussi bien l'érythropoïèse que la leucopoïèse, existaient déjà au moment où l'irradiation fut pratiquée.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNAEKOLOGIE
(Berlin)

Anselmino, Hoffmann et Hérold. ***L'hormone corticotrope du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLVII, fasc. 1, 23 Mai 1934). — Il existe, de façon certaine, pour A., H. et H., une hormone corticotrope dans le lobe antérieur de l'hypophyse. Ils ont pu isoler, en effet, dans la pré-hypophyse, une nouvelle hormone bien caractérisée, dont l'action détermine une hypertrophie indéniable de la fasciculée et de la glomérulaire, chez la souris et autres animaux de laboratoire. Sous l'action de cette hormone, la corticosurrénale augmente de volume d'une façon manifeste; cette augmentation porte, surtout, sur la zone corticale et, dans celle-ci, sur la fasciculée plus encore que la glomérulaire. Les capillaires sanguins sont très dilatés. Mais il n'y a aucune modification histologique. On remarque, par contre, une modification dans la teneur et dans la distribution des lipoïdes de la surrénale. Ces différentes propriétés ont la valeur d'un véritable test et peuvent servir à standardiser l'hormone.

Henri Vignes.

W. Schultz. ***La pseudo-anémie gravidique*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLVII, fasc. 1, 23 Mai 1934). — Pour entreprendre fructueusement des recherches à propos du sang des femmes enceintes, il est indispensable de préciser, d'abord, le chiffre globulaire physiologique en dehors de toute grossesse chez des femmes en bonne santé. Or, la limite inférieure de la normale chez les femmes saines descend jusqu'à 70 pour 100 d'hémoglobine et à 3.500.000 globules rouges. Au cours de la grossesse, chez 30 ou 40 pour 100 des femmes normales, on observera un léger abaissement par rapport à ce taux d'hémoglobine et de globules.

Ceci est fonction, tout à la fois, d'une légère augmentation du plasma et d'une néoformation d'éléments figurés. Mais, tandis que l'augmentation du plasma est constante, l'augmentation de l'hémoglobine et des érythrocytes est variable et tardive. Cet appauvrissement du sang est, au surplus, sans danger. Si l'on veut bien tenir compte de ces données, on doit décrire 3 états clinique différents : 1° la pseudo-anémie gravidique, qui se rencontre chez 30 à 40 pour 100 des femmes enceintes normales (taux d'hémoglobine entre 60 à 69 pour 100, érythrocytes entre 3 millions et 3.450.000, index colorimétrique et morphologie sanguine normaux) et qui ne présente aucune gravité; 2° l'anémie essentielle gravidique, rare (taux de l'hémoglobine au-dessous de 60 pour 100, taux des érythrocytes au-dessous de 3 millions), qui est favorablement influencée par le fer; 3° l'anémie pernicieuse gravidique vraie, très rare (avec sa formule sanguine caractéristique); seule la transfusion peut la guérir. S. a le très grand mérite de montrer que ces trois états hématologiques sont indépendants les uns des autres et que, à peu près certainement, il n'y a pas de formes de transition entre les trois.

Henri Vignes.

Ernst Navratil. ***La statistique des césariennes de la première clinique universitaire gynécologique de Vienne de 1925 à 1933*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CLVII, fasc. 3, 20 Juillet 1934). — Compte rendu des césariennes pratiquées de 1925 à 1933, comparées aux cas du même service entre 1914 et 1925. La fréquence des césariennes est restée à peu près identique. De façon générale, comparée aux autres statistiques, celle de N. comporte un pourcentage plus élevé pour les bassins rétrécis et un pourcentage plus faible pour l'éclampsie et le *placenta praevia*.

Sur les 110 césariennes 1925-1933, 88 ont été



Le Pansement de marche
ULCÉOPLAQUE-
ULCÉOBANDE
DU Dr MAURY
CICATRISE RAPIDEMENT
LES PLAIES ATONES
ET LES ULCÈRES VARIQUEUX
LABORATOIRE SÉVIGNÉ. 76, RUE DES RONDEAUX. PARIS (XX)
ULCÉOSINE
ARTÉRIO-SCLÉROSE - PHLÉBITE
CHRONIQUE - VARICES
ULCÈRES VARIQUEUX - INSUF.
HÉPATIQUE ET RÉNALE
ULCÉOSOL
POMMADE
ECZÉMA VARIQUEUX SEC - PRURIGO
ULCÉOSOL
POUDRE
ECZÉMA VARIQUEUX SUINTANT
EPA

traitées pour des bassins rétrécis. Dans 66 cas, on employa la césarienne basse, dans 9 cas la césarienne corporéale, dans 11 cas le Porro, dans 1 cas un procédé atypique et dans 1 cas la césarienne fut suivie d'hystérectomie.

Les indications par ordre de fréquence furent le bassin aplati rachitique, le bassin plat non compliqué et le bassin *justo minor;* dans un cas, il s'est agi d'un bassin pseudo-ostéo-malacique et, une fois, on eut affaire à un bassin infundibuliforme cyphotique. Il y eut 4 morts, dont une par méningite tuberculeuse, ce qui fait une mortalité d'environ 4 pour 100. La mortalité fœtale fut de 4 (dans un cas, il y avait des jumeaux non viables).

La durée du séjour à la maternité fut pour les femmes à bassin rétréci en moyenne de 22 jours 1/2.

La stérilisation chirurgicale, sur les 76 cas de bassins rétrécis, fut pratiquée dans 19 cas (25 pour 100): 17 fois à la suite d'une césarienne itérative, 1 fois après une troisième césarienne et 1 fois après la première césarienne (femme ayant accouché normalement à 3 reprises d'enfants mort-nés).

Au cours de cette période, 6 femmes subirent la césarienne pour *placenta praevia*. Toutes partirent guéries; 5 enfants vécurent (une césarienne pratiquée au cours d'une hémorragie grave avec col fermé chez une femme V° pare de 43 ans avec enfant mort avant la césarienne).

Parmi les autres indications ayant nécessité la césarienne, on relève une primipare avec iléus pyélitique, une primipare au 9° mois avec une typhoïde (l'enfant, pesant 1.550 gr., succomba; la mère guérit), 1 VII° pare de 47 ans avec rupture de l'utérus (mort de péritonite au 5° jour; l'enfant survécut), 2 cas de rigidité du col (mères et enfants sauvés), 1 cas de fibromyome volumineux fixé dans le petit bassin, 1 cancer bilatéral des ovaires, 3 cas de cancer du col, 1 cancer du rectum inopérable et 1 cas de récidive de cancer du rectum. Dans 4 cas, la césarienne dut être pratiquée par suite de lésions cardiaques (2 guérirent, 2 succombèrent, 3 enfants survécurent, 1 mourut).

Dans 2 cas, la césarienne fut effectuée *post mortem;* dans les deux cas, les enfants étaient morts.

Henri Vignes.

Müller et **Bayer**. ***La pneumonie des nouveau-nés (Infection endémique. Examens bactériologiques sur la mère et l'enfant)*** [*Archiv für Gynäkologie*, t. CLVII, fasc. 3, 20 Juillet 1934]. — Parmi les causes de la mortalité du nouveau-né, les infections des voies respiratoires jouent un rôle prédominant. En ce qui concerne l'infection à pneumocoques, le problème reste encore obscur. Le fait que, chez les nouveau-nés, les pneumonies sont presque toujours causées par des streptocoques et du staphylocoque, alors que, chez les enfants plus âgés et chez les adultes, elles le sont par des pneumocoques, parle en faveur d'une certaine immunité congénitale vis-à-vis de l'infection à pneumocoque.

L'infection de l'enfant peut se produire *in utero* ou pendant l'accouchement ou après l'accouchement. M. et B. rapportent le cas d'un nouveau-né qui a succombé au 2° jour à une infection pneumonique et dont la mère présentait la même infection. Ils concluent que l'infection avait passé par la voie placentaire de la mère à l'enfant et que la pneumonie avait déjà débuté au cours de la vie intra-utérine.

D'après l'examen bactériologique des lochies et des poumons des nouveau-nés, de nombreux auteurs admettent que les germes vaginaux ont une grande importance dans le déterminisme des infections des voies respiratoires infantiles. D'autres, par contre, incriminent, comme principale source d'infection du nouveau-né, la flore buccale de l'entourage. M et B. ont cherché à éclaircir ces diverses questions par l'examen systématique bactériologique de nouveau-nés, tentant d'élucider jusqu'à quel point, normalement, un nouveau-né est exposé aux divers risques infectieux. Au cours de 6 mois, ils examinèrent la flore des cavités buccale et vaginale de 60 mères peu avant l'accouchement, des 60 enfants aussitôt après l'accouchement et pendant les 3 jours suivants. Dans plus de la moitié des enfants accouchés spontanément, ils ont trouvé, aussitôt après, une richesse bactérienne plus ou moins marquée, correspondant à la flore vaginale; dans certains cas uniquement des colibacilles. Le staphylocoque fut trouvé à plusieurs reprises 6 heures après l'accouchement. Sur 60 cas, ils trouvèrent, à 5 reprises, le pneumocoque chez la mère; ils le trouvèrent chez 3 enfants au 3° jour, alors que les 2 autres n'en présentaient pas. Les souches se montrèrent très virulentes, expérimentalement.

Cependant, ni les mères, ni les enfants ne présentèrent d'affection à pneumocoques au cours d'une observation de six mois.

M. et B. concluent que, dans la pathogénie des pneumococcies, des processus de mutation dans l'organisme et des facteurs constitutionnels doivent jouer un rôle décisif.

Henri Vignes.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN

(Leipzig)

E. Wörner. ***Signification du déplacement de la glande pinéale calcifiée, notamment au point de vue du diagnostic radiologique des tumeurs cérébrales*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIX, n° 5, Mai 1934). — On ne saurait attacher une grande importance clinique aux calcifications de la glande pinéale que l'on observe dans environ 50 pour 100 des cas des radiographies du crâne faites chez des sujets de plus de 20 ans, et plus souvent d'ailleurs chez l'homme que chez la femme.

Pour connaître exactement la situation normale de la glande pinéale calcifiée on doit associer les radiographies en positions de profil et antéro-postérieure.

W. rappelle les principales calcifications dont il importe de faire le diagnostic: calcification unilatérale du plexus choroïde, d'ailleurs très rare; calcifications cérébrales en général consécutives à des hémorragies, plus grosses, plus opaques, moins régulières; parois kystiques et hématomes calcifiés.

Si la glande pinéale calcifiée n'occupe pas la situation qu'elle doit normalement occuper et qu'ont étudiée différents auteurs [c'est-à-dire en positions antéro-postérieure ou postéro-antérieure, le milieu du crâne et en position latérale le point d'intersection des deux lignes suivantes: une parallèle située à 4,5-5 cm. au-dessus de la ligne horizontale telle que la définissent les auteurs allemands et une verticale passant à 1 cm. environ en arrière de l'oreille (Delmas-Marsalet a décrit pour la position de profil un point très voisin)], on doit admettre que l'on se trouve en présence d'un processus pathologique.

W., à l'appui de cette étude, apporte 3 observations personnelles. Dans 2 cas, sans recourir à l'encéphalo-ventriculographie, et en tenant compte seulement du déplacement de la glande calcifiée par rapport à sa situation considérée comme normale, il a pu porter le diagnostic de tumeur cérébrale et préciser son siège et son extension.

Dans le 3° cas, il s'agissait d'un déplacement de la glande, après une blessure par éclat d'obus, et du côté où l'éclat avait pénétré; W. en a conclu que le déplacement résultait d'adhérences cicatricielles.

Morel Kahn.

Chichio Tamiya, Schuei Nosaki. ***Diagnostic et traitement des tumeurs pédiculées de l'œsophage*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIX, n° 5, Mai 1934). — Les carcinomes sont les tumeurs les plus fréquentes au niveau de l'œsophage; les tumeurs non carcinomateuses, qu'il s'agisse de tumeurs bénignes, de sarcomes ou de carcino-sarcomes, sont au contraire rares et, depuis le cas de Sommers, en 1923, C. T. et S. N. n'en ont relevé dans la littérature que 12 cas, observés et étudiés aux rayons X, plus rares encore sont les cas de cette nature dont un diagnostic positif a pu être porté sur le vivant; C. T. et S. N. en décrivent un cas personnel surtout au point de vue radiologique et, après excision et ablation du fibrome, le malade était encore en vie après un an, premier cas de ce genre rapporté dans la littérature. Radiologiquement, cette tumeur était caractérisée par les signes suivants: 1° image lacunaire centrale, bordée d'une opacité circulaire, mobile; 2° sténose œsophagienne avec dilatation fusiforme; 3° péristaltisme et élasticité des parois œsophagiennes conservées; 4° élargissement de l'ombre médiastinale.

Ensuite ils passent en revue :

1° *Les symptômes radiologiques*, à savoir:

a) L'existence d'une image lacunaire centrale avec une bordure opaque que la substance opaque dessine au cours de son trajet œsophagien et dont la situation, la forme et les dimensions sont fonction des dimensions de la tumeur et de ses rapports, *b*) Une dilatation fusiforme de l'œsophage au niveau de la sténose partielle résultant de la tumeur. c) La persistance prolongée de l'élasticité des parois de l'œsophage et de son péristaltisme. *d*) La mise en évidence du pédicule de la tumeur que Tamiya a pu, le premier, reconnaître sous forme d'une bande particulièrement claire. *e*) L'élargissement de l'ombre médiastinale supérieure.

C. T. et S. N. décrivent en détail la technique radiologique pour procéder à l'examen.

2° *Les données cliniques*, c'est-à-dire la plus grande fréquence chez l'homme à partir de 30 ans et surtout après 40; le siège des tumeurs (qui peuvent siéger d'ailleurs en tous points du trajet œsophagien), leur nature (le plus souvent bénigne, les tumeurs malignes, dans les 3 cas relatés, n'entrant en ligne de compte que pour environ 30 pour 100 des cas).

Il semble que les symptômes précèdent souvent de quelques années le moment où le malade vient consulter, les principaux troubles dont il se plaint consistant en troubles de la déglutition sans régurgitations ou vomissements, et parfois en gêne respiratoire et toux (2 cas). C. T., N. S., n'ont relevé que peu de données concernant les recherches du sang occulte dans les selles, d'ailleurs contradictoires. T. et N. rapportent enfin les données des examens à la sonde ou à l'œsophagoscope.

3° *Le diagnostic différentiel* se pose surtout avec le cancer de l'œsophage, que caractérise la dilatation fusiforme sus-tumorale, les tumeurs extrinsèques (anévrysmes, goitre plongeant), les varices œsophagiennes, les dilatations idiopathiques, les corps étrangers.

Morel Kahn.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

R. Sutherland. ***Les vitamines A et D. Leurs relations avec l'accroissement et la résistance aux maladies*** (*British medical journal*, n° 3826, 5 Mai 1934). — Une étude faite sur les régimes alimentaires dans le comté d'Aberdeen a montré que dans la classe pauvre l'alimentation était déficiente en vitamines A et D.

Pendant 6 mois, chaque jour, on donna à 294 enfants de la classe ouvrière une dose concen-

trée de vitamines A et D équivalente à plus de 30 gr. d'huile de foie de morue.

Le développement de ces enfants se fit à peine mieux que celui d'enfants n'étant pas soumis à cette médication. Pareillement leur résistance aux infections ne fut pas augmentée. Ceci prouve que les vitamines ne peuvent agir que lorsqu'il y a dans le régime des substances qui seront fixées par elles.

Il faut en conséquence un régime équilibré et ne pas oublier que le lait et ses composants, donnés en supplément, constituent un régime favorable biologiquement et économiquement à l'accroissement et à la résistance des enfants.

André Plichet.

A. Maitland Ramsay. ***Le début des maladies et les manifestations oculaires*** (*The British medical journal*, n° 3827, 12 Mai 1934). — La visibilité à l'ophtalmoscope des artères, des veines et des capillaires de la rétine permet un certain nombre d'études qu'on ne peut faire ailleurs sur une autre partie du corps. Les parois des capillaires sont perméables aux cristalloïdes, à l'eau, aux gaz et relativement imperméables aux colloïdes. Dans l'œil, il doit exister un équilibre entre la pression intra-oculaire et la pression des capillaires, car les liquides intra-oculaires proviennent par dialyse des capillaires.

En cas de toxémie, il y a dilatation des capillaires qui permettent le passage des colloïdes d'où diminution de la transparence normale de la rétine. Subjectivement, on note des points noirs dans le champ visuel, une difficulté d'accommodation à la lumière brillante, une difficulté à la lecture du milieu des lignes et, si le sujet persiste à lire, apparaissent des douleurs névralgiques du front et de la tempe.

La diminution du champ visuel pour le bleu est également un bon signe de début.

Ces signes se voient surtout au commencement des affections rénales et, chez les enfants, on peut, par l'examen ophtalmoscopique, saisir le début d'une néphrite ou d'un trouble du métabolisme général.

André Plichet.

M. Gray. ***Les variations de l'électro-cardiogramme pendant les crises brèves d'angine de poitrine*** (*British medical journal*, n° 3827, 12 Mai 1934). — Les électrocardiogrammes pris au moment d'une attaque brève d'angine de poitrine sont rares. Levine, Ernstene et Jacobson en ont publié une série, pris au cours de crises d'angine de poitrine produites par des injections d'adrénaline. Ils n'ont trouvé aucune modification, mais ces attaques étaient produites artificiellement. Parkinson et Bedford ont rapporté 5 cas d'électrocardiogramme pris au moment et après un paroxysme de courte durée. Ils ont remarqué une dépression dans l'intervalle RT et une diminution ou une inversion de l'onde T.

Dans 30 cas, Wood et Wolferth avaient trouvé les mêmes modifications.

G. a pu prendre les électrocardiogrammes de 4 cas dont la plus longue crise douloureuse a été de vingt minutes. Aucun médicament n'a été donné au cours de ces états. Il a pu également constater les modifications sus-énoncées.

G. conclut que ces électrocardiogrammes ressemblent à ceux que l'on a dans les crises graves par thrombose des coronaires et que la douleur d'angine de poitrine même minime est bien produite par un trouble de vascularisation du myocarde.

André Plichet.

W Gordon. ***Les aspects comparatifs de la « Tremblante du mouton » et de la poliomyélite de l'homme*** (*British medical journal*, n° 3828, 19 Mai 1934). — La « Tremblante du mouton » ou looping-ill des auteurs anglais est une encéphalomyélite se traduisant chez l'animal par une ataxie cérébelleuse et des symptômes médullaires.

L'agent de cette maladie est un virus filtrant, à caractère neurotrope, qui est transmis par une tique, l'ixodes ricinus.

A première vue, il semble curieux qu'un acarien piqueur et suceur puisse transmettre un virus neurotrope, mais ce virus se montre primitivement dans le sang, l'invasion du système nerveux central se faisant tardivement. Il existe des cas où le virus n'accède pas au système nerveux et l'on a pu le déceler, par inoculation à la souris, dans le sang, au moment de l'élévation thermique. D'ailleurs ces cas abortifs semblent être plus nombreux que les cas où le système nerveux central est touché. Sans croire un seul instant à l'identité du virus de la poliomyélite et de celui de la tremblante du mouton, G. fait des rapprochements dans l'épidémiologie des deux affections. Il est possible que le virus de la poliomyélite soit présent dans le sang de certains sujets avant le développement des symptômes cliniques nerveux et il y aurait intérêt à ce qu'il soit découvert précocement pour instituer un traitement et des mesures prophylactiques, pour enrayer les épidémies.

André Plichet.

J. M. Robson, T. Mac Gregor, R. Illingworth et N. Steere. ***L'excrétion urinaire de l'œstrin administré dans des conditions expérimentales et après la ménopause*** (*British medical journal*, n° 3828, 19 Mai 1934). — Des doses connues d'œstrin ont été injectées par la voie intramusculaire à des sujets ovariotomisés ou au commencement de leur ménopause. Une petite proportion seulement d'œstrin retrouvée dans les urines, est, du reste, diminuée du fait que toute l'œstrin, comme dans la grossesse normale, ne peut être extraite par l'éher. Le sang de ces sujets contenait moins d'une unité souris d'œstrin par 40 cmc, quatre heures après l'injection de 10.000 unités souris. Il semble que le sang et les tissus détruisent rapidement l'hormone *in vivo* comme ils la détruisent *in vitro*.

Au cours de ces recherches, on a pu mettre en évidence que les urines de sujet dont la ménopause datait de 10 à 18 ans, contenaient des quantités appréciables d'œstrin avant toute injection.

André Plichet.

N. Myers. ***L'influence des émulsions d'huiles et de graisses sur l'action des toxines bactériennes*** (*British medical journal*, n° 3829, 26 Mai 1934). — Des émulsions fines d'huile d'olive mélangées à des doses superléthales de toxine diphtérique et injectées à des cobayes ne tuent pas l'animal. Ces expériences ont été répétées avec les toxines de B. tétanique, de Cl. Welchii et de Cl. Œdematis maligni.

Ce mélange tue encore moins l'animal si on ajoute un agent émulsionnant comme la gomme acacia. Les émulsions d'huile de paraffine et de toxine ont la même action à condition de leur ajouter de la gomme acacia. Les émulsions de crème n'ont pas cette action inhibitrice de même que les émulsions grossières. La gomme acacia mélangée seule aux toxines ne les neutralise pas.

Il semble que l'on puisse comparer cette action à celle du charbon finement divisé. Les graisses en émulsion ont un pouvoir absorbant et de ce mélange injecté à l'animal, les toxines se libèrent lentement permettant ainsi l'acquisition d'une immunité passive.

André Plichet.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Bruxelles)

L. Van Bogaert (Anvers). ***Idiotie amaurotique et les maladies du métabolisme lipidien*** (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 5e S., t. XIV, 19 Mai 1934). — Dans une même famille, B. a observé deux sœurs dont l'une présentait une idiotie amaurotique de Tay-Sachs, sans localisation viscérale clinique, et l'autre, âgée de 17 mois 1/2, une spléno-hépatomégalie, avec anémie, état de cachexie, impossibilité de se tenir assise et même de soutenir sa tête, vivacité des réflexes, le tout rappelant le syndrome de Niemann-Pick. Sur des fragments de rate, obtenus par biopsie, on voyait des granulations jaunâtres, et des cellules vacuolées, dispersées dans l'ensemble du tissu splénique et rappelant les cellules « spumeuses ». Dans les collatéraux, on retrouvait un cas d'idiotie amaurotique juvénile, cliniquement peu douteux.

L'association intra-familiale de l'idiotie amaurotique infantile, juvénile et de la spléno-hépatomégalie lipidienne a une valeur doctrinale considérable en permettant d'établir une relation nosologique entre les deux affections. « L'hérédité pathologique se manifeste ici, non dans un désordre tissulaire, mais dans une perturbation des phénomènes anaboliques et cataboliques qui conditionnent la vie même des parenchymes. »

L'organisme dispose de plusieurs appareils assurant sa défense intérieure; l'appareil névroglique en est un, l'appareil réticulo-endothélial en est un autre. Ces deux échelons interviennent pour thésauriser et éventuellement métaboliser les lipides en excès, réalisant soit une idiotie amaurotique, soit une hypertrophie spléno-hépatique.

Les recherches tinctoriales et extractives poursuivies par B. semblent montrer que dans la rate de l'hépato-splénomégalie, comme dans l'écorce cérébrale de l'idiotie amaurotique, le contenu des éléments réticulo-endothéliaux ou ganglionnaires est constitué par un mélange d'une part de phosphatides, de graisses neutres et d'esters du cholestérol; d'autre part, d'une petite quantité d'autres substances jusqu'à ce jour insolubles.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

W. Boyd. ***Rapports entre la polyglobulie et l'ulcère duodénal*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVI, n° 5, Mai 1934). — Friedman, puis Bing ont déjà signalé l'association de la polyglobulie avec l'ulcère duodénal, Schneider, Weber et Watson avec l'ulcère gastrique.

Chez le malade de B..., âgé de 37 ans, qui souffrait depuis 10 mois de douleurs épigastriques, non accompagnées de vomissements, il existait à l'entrée à l'hôpital une ascite importante avec splénomégalie et hépatomégalie modérées, une polyglobulie entre 6 et 8 millions et une forte leucocytose avec polynucléose s'accompagnant d'un teint assez haut en couleur. Le cœur paraissait indemne et le tracé électrocardiographique était normal. La mort survint au bout de deux mois à la suite d'hématémèses et d'accidents péritonéaux. L'autopsie montra une rate de 1.000 gr., 2 ulcères duodénaux typiques, l'un mettant à nu le pancréas, l'autre perforé, et 2 thromboses dont l'une recanalisée de la coronaire gauche qui n'était pas athéromateuse.

B. discute d'abord la nature de la polyglobulie. Se fondant sur la leucocytose et sur la réaction myélocytaire de la moelle osseuse, il la considère

comme une érythrémie véritable, et non comme une polyglobulie secondaire. D'autre part, il ne manque pas d'exemples de thromboses compliquant l'érythrémie. Le fait intéressant est que l'électrocardiogramme était normal avec une double thrombose coronaire. Passant aux rapports entre la polyglobulie et les ulcères duodénaux, B. pense qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, mais qu'il y a là une relation étiologique, une thrombose ayant causé une nécrose locale de la paroi duodénale et, sous l'action du suc gastrique, un ulcus.

P.-L. Marie.

E. P. Ralli et **A. M. Waterhouse.** ***L'anhydrémie dans le coma diabétique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 5, Mai 1934). — La déshydratation profonde des malades présentant du coma diabétique entraîne deux graves complications : l'anhydrémie et l'anurie. R. et W. ont étudié dans 8 cas de coma diabétique la concentration du sang et l'effet du traitement sur cette concentration. Dosant le résidu fixe à 80°, ils ont mis en évidence une extrême déshydratation sanguine qui diminua à la suite des injections intraveineuses d'eau physiologique et de l'absorption de boissons. Durant la période d'acidose, l'absorption de liquides l'emporte sur l'élimination de ces derniers par l'urine, et la quantité de liquide retenue donne une idée du degré de déshydratation.

Parmi ces 8 cas, 4 furent mortels. Dans ces 4 cas la pression sanguine, et en particulier la pression diastolique, demeura constamment basse. Tous les malades qui moururent présentèrent du collapsus circulatoire. 3 cas furent autopsiés : chez l'un on trouva de la sclérose du myocarde et des coronaires; chez un autre, la sclérose coronarienne isolée, enfin chez le troisième, de la sclérose de l'endocarde des ventricules, toutes lésions qui ont dû contribuer à produire la faillite de la circulation.

Il ne faut donc pas se contenter, en présence d'un coma diabétique, de traiter l'acidose; il faut s'attaquer aussi à la déshydratation et à la spoliation des bases fixes qu'entraîne la diurèse. D'où l'importance qui s'attache à l'administration de liquides chez ces malades.

P.-L. Marie.

R. D. Friedlander. ***Le facteur ethnique dans l'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 5, Mai 1934). — F. a étudié 500 cas d'anémie pernicieuse admis à l'hôpital Peter Bent Brigham, de 1913 à 1932. Il a pu se convaincre que cette maladie frappe presque exclusivement la race blanche et sévit avec prédilection dans les régions tempérées, atteignant certains sujets présentant une certaine prédisposition tant ethnique que constitutionnelle. Il s'agit de sujets blonds, à peau peu pigmentée et aux yeux clairs, appartenant surtout aux races septentrionales (Canadiens, Scandinaves, Anglo-Saxons). C'est ainsi que l'on trouve 93 pour 100 de malades appartenant à ces nationalités contre 6,5 pour 100 de sujets originaires de l'Europe Orientale ou Méridionale et seulement 0,06 pour 100 de nègres.

L'analyse de 51 cas d'anémie pernicieuse manifeste, dont 36 furent autopsiés avant l'ère de l'hépatothérapie et 15 depuis l'instauration de ce mode de traitement, montre que la cause du décès des malades qui furent convenablement traités dans ce dernier groupe n'est pas en relation directe avec l'anémie pernicieuse, mais qu'elle relève de causes banales, identiques à celles que l'on rencontre chez les autres personnes du même âge.

Le poids de la rate chez les patients autopsiés avant l'hépatothérapie se montra plus élevé (234 gr.), que chez ceux ayant succombé après 1926 (171 gr.). On ne constata pas de modification correspondante dans le poids du foie qui était en moyenne de 1.600 gr. chez les deux catégories de malades.

P.-L. Marie.

H. L. Alexander et **W. B. Kountz.** ***Soulagement de l'emphysème par le port d'une ceinture abdominale.*** (*The American Journal of the medical Science*, t. CLXXXVII, n° 5, Mai 1934). — Dans l'emphysème avancé la gêne respiratoire est due pour beaucoup à des facteurs mécaniques. Les poumons distendus maintiennent le diaphragme en position d'inspiration si bien qu'il ne peut guère se contracter. D'autre part, les poumons volumineux dilatent indirectement le thorax et lui donnent la forme d'un tonneau. L'excursion respiratoire est de ce fait très limitée.

A. et K. ont vu que le diaphragme pouvait être refoulé en haut dans sa position expiratoire en exerçant une pression sur l'abdomen convenablement appliquée. Cette position réalisée, la contraction du muscle se produit de nouveau.

Pour maintenir une pression intraabdominale convenable et l'élévation du diaphragme, ils ont imaginé une ceinture abdominale munie d'une pelote qui, s'appliquant au-dessus de la symphyse pubienne, comprime la partie inférieure de l'abdomen, et dont la pression peut être réglée au moyen d'une vis.

Cette ceinture leur a permis de soulager grandement 19 des 25 grands emphysémateux chez lesquels ils l'ont appliquée. Ils ont noté une augmentation de la capacité vitale des poumons de 39 pour 100. Ils ont constaté également qu'avec l'amélioration de la respiration, la pression intrapleurale qui se montre élevée chez les emphysémateux avancés tendait à devenir davantage négative et à se rapprocher des valeurs normales.

P.-L. Marie.

B. Gordon. ***La contention abdominale dans le traitement des affections pulmonaires; mécanisme et utilisation*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXVII, n° 5, Mai 1934). — G. a étudié les mouvements du diaphragme au cours de diverses affections pulmonaires (tuberculose, bronchiectasie, emphysème, pneumoconiose, bronchite chronique, asthme) et a constaté la prépondérance du type abdominal de la respiration. Les faits observés indiquent qu'il existe un rapport étroit entre l'exagération des manifestations cliniques et le plan inférieur dans lequel s'accomplit le jeu du diaphragme qui présente des excursions profondes et désordonnées. Il a semblé à G. que certains résultats défavorables observés dans le traitement ordinaire des affections pulmonaires pouvaient être dus à un fonctionnement inefficace de ce muscle et que cette circonstance pouvait expliquer l'apparition de certains effets fâcheux que l'on met jusqu'ici sur le compte de l'évolution naturelle de la maladie.

Il s'est demandé si, en limitant les mouvements du poumon dans le plan vertical, on n'arriverait pas à améliorer la condition des malades. A cet effet il a imaginé divers types de ceintures limitant d'une part l'expansion de l'abdomen et exerçant d'autre part une pression de bas en haut sur le contenu abdominal.

Sur 41 patients traités, 18 bénéficièrent grandement du port de ces appareils, la respiration devenant plus aisée, la toux et l'expectoration diminuant notablement et l'état général s'améliorant comme en témoignent le gain de poids et le retour des forces. Les résultats furent souvent plus frappants qu'avec la médication antispasmodique ou expectorante. Il y a là une méthode auxiliaire utile dans le traitement de ces affections pulmonaires.

P.-L. Marie.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

Ed. G. Billings. ***La rencontre de variations cycliques dans l'activité motrice en rapport avec le cycle menstruel chez la femme*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. LIV, n° 6, Juin 1934). — Avec un podomètre fixé du matin au soir sur le côté droit de l'abdomen au niveau de la hanche, on a mesuré l'activité motrice de 6 femmes pensionnaires d'une clinique psychiatrique, soumises chaque jour aux mêmes obligations et menant une vie très régulière, mais disposant chaque jour d'une certaine quantité de temps où elles étaient libres de faire ce qui leur plaisait. Le nombre de kilomètres enregistré chaque soir par le podomètre ne correspond pas exactement à la distance parcourue, cependant les légers mouvements du corps ne sont pas enregistrés par l'instrument.

Parallèlement, la substance œstrogène du sang de ces femmes était approximativement déterminée d'après les modifications cellulaires de la muqueuse vaginale des souris auxquelles ce sang était injecté.

Chez 5 femmes la courbe de l'activité motrice quotidienne enregistrée au podomètre a montré une augmentation post-menstruelle allant en décroissant jusqu'aux règles suivantes. Chez ces sujets le taux de l'hormone œstrogène dans le sang suivait une courbe normale, c'est-à-dire que, nul après la période menstruelle, il augmente progressivement dans les 10 jours qui précèdent les règles. Les deux courbes sont donc inverses et c'est lorsque l'activité hormonale est la plus élevée dans le sang que l'activité motrice de la femme est la plus réduite. Pendant la période menstruelle où l'activité motrice décroît, les femmes sont plus irritables, instables, nerveuses.

Chez la sixième malade aménorrhéique et présentant des troubles psychobiologiques, l'administration d'extrait thyroïdien amena une reprise de l'activité motrice qui prit une allure cyclique, la réapparition des périodes menstruelles s'inscrit 2 fois sur la courbe d'activité juste avant un clocher. La courbe de l'hormone féminine dans le sang montre également une série de dômes de plus en plus élevés, chaque sommet correspondant à un ralentissement de l'activité motrice.

Il semble donc y avoir chez la femme des variations cycliques de l'activité motrice avec maximum après les règles. Peut-être les sensations subjectives de tension de la période pré-menstruelle sont-elles dues à une stimulation hormonale de la musculature lisse.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne)

Ph. Rossier et **R. A. de Castro Basto** (Lausanne). ***La signification d'une valeur normale ou infra-normale de la vitesse de sédimentation des globules rouges*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. LIV, n° 5, 25 Mai 1934). — Si d'une vitesse accélérée de sédimentation des globules rouges, l'on peut conclure à l'existence d'un processus pathologique dans l'organisme, un chiffre normal ou presque de cette vitesse ne permet pas d'affirmer un terrain exempt de toute infection en évolution.

En outre, il est fréquent de constater des vitesses de sédimentation inférieures à la normale; la signification de ce phénomène est encore imprécise. Il semble bien que c'est à la diminution des charges électriques négatives des globules rouges que



MALADIES INFECTIEUSES
1 à 4 Ampoules par jour de
Lantol
Rhodium colloïdal électrique
GRIPPES
Septicémies
Pneumonies
Typhoïdes
Paludisme
Etc.
Laboratoires COUTURIEUX, 18, Avenue Hoche, PARIS

l'on doit attribuer l'augmentation de la vitesse de sédimentation. Et cette diminution des charges électriques des érythrocytes paraît devoir être attribuée à des variations de l'état des colloïdes plasmatiques.

R. et C. ont étudié la vitesse de sédimentation avec la méthode de Westergren, chez 5.500 malades, et ont retenu les vitesses de sédimentation comprises entre 0 millimètre et 5 millimètres. Ils concluent de ces recherches que la vitesse de sédimentation est inférieure à la normale dans les bronchites chroniques, les affections nasales suppurées ou mécaniques, les affections dites rhumatismales, les maladies infectieuses évoluant à bas bruit, etc...

En somme, le ralentissement de la sédimentation se rencontre dans les affections à allure torpide, souvent chroniques, sans tendance à la guérison spontanée, ainsi que chez les malades guéris depuis un laps de temps prolongé. Il existe donc une similitude de l'équilibre protéique entre une affection guérie et une maladie évoluant à bas bruit sans tendance nette à la guérison spontanée. On peut dire approximativement que le passage à la chronicité s'accompagne d'une modification humorale semblable qualitativement à celle que l'on rencontre après une affection aiguë lorsque la guérison est intervenue. Tout se passe comme si l'organisme se désintéressait de l'infection.

Une vitesse de sédimentation normale ou au-dessous de la normale ne permet pas d'exclure un processus inflammatoire chronique pouvant amener des symptômes graves et ne peut servir « d'épreuve de santé ».

ROBERT CLÉMENT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

M. Gross. ***La lambliase de l'enfance*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 24, 16 Juin 1934). — G. remarque que la lambliase qui, jusqu'ici, était surtout localisée aux pays méridionaux, paraît, au cours de ces dernières années, s'être étendue à toutes les classes sociales et même chez des sujets qui n'ont jamais quitté la localité où ils sont nés.

D'une façon générale, on admet que la lambliase peut provoquer de la diarrhée, un affaiblissement général de l'organisme parfois très marqué, de la pâleur de la peau et des muqueuses, voire même des symptômes d'anémie ainsi que des troubles du côté de l'appareil biliaire avec douleurs dans la région du foie, température subfébrile, etc.

A l'hôpital d'enfants dirigé par E. Glanzmann, G. a pu observer, depuis 1931, jusqu'à Avril 1933, 4 cas de lambliase ayant provoqué des symptômes qui avaient nécessité l'hospitalisation. A ces cas, il faut en ajouter 2 autres ayant atteint les frères de l'un des hospitalisés. Dans l'ensemble, les symptômes constatés sont ceux qu'on vient de voir. G. y ajoute le fait que les enfants souillent leur linge avec les matières fécales. Ce signe serait assez caractéristique. Néanmoins, aucun symptôme ne permet de faire le diagnostic. L'hémogramme en particulier n'a rien de précis. Malgré la pâleur constatée, l'hémoglobine a été assez élevée dans 2 cas. On n'a pas observé de leucocytose et il a été noté une fois un déplacement de la formule vers la gauche et une fois de l'éosinophilie.

Pour rechercher les parasites dans les selles, G. prend une goutte d'eau qu'il dépose sur la lame et à laquelle il ajoute une très petite quantité de matière jusqu'à ce que le liquide devienne légèrement trouble. En diaphragmant beaucoup, on trouve des kystes de la grosseur d'un leucocyte. Ces kystes ne disparaissent pas des selles même au bout de plusieurs jours. Les formes végétatives n'ont été observées qu'une seule fois après administration d'huile de ricin.

Au point de vue du traitement, G. remarque qu'on est d'accord pour considérer les composés arsenicaux comme les plus efficaces. Le myosalvarsan (sulfarsénol) et le stovarsol (spirocide) ont donné de bons résultats. Le premier de ces médicaments aurait provoqué, une fois, une forte température, vraisemblablement due à la destruction brusque d'un grand nombre de parasites. Il faut d'ailleurs donner des doses assez élevées pour obtenir des résultats favorables.

P.-E. MORHARDT.

Georges Bickel. ***Les hypoglycémies d'effort en clinique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 25, 23 Juin 1934). — B. rappelle que peu après la découverte de l'insuline, Harris a caractérisé l'hyperinsulinisme ou hypoglycémie spontanée. Parmi ces états, il en est qui sont d'origine glandulaire. Mais d'autres, beaucoup plus fréquents, tiennent à l'épuisement momentané des réserves hydrocarbonées des muscles et surtout du foie.

Un homme de 38 ans, observé par B., nerveux et irritable, fait au cours d'un séjour de vacances à 1.800 mètres d'altitude et sans avoir déjeuné des excursions fatigantes qui provoquent une douleur précordiale rapidement pénible et angoissante. Cependant, un examen général ne montre rien d'anormal, si ce n'est une instabilité du rythme cardiaque et une pression artérielle faible. Une marche d'épreuve exécutée à jeun provoque les mêmes phénomènes qu'à la montagne et on constate alors que la glycémie à jeun n'atteint que 0 gr. 90 pour 1.000. Au retour d'une excursion, elle s'est même abaissée à 0 gr. 48. sans provoquer autre chose qu'une légère angoisse précordiale.

B. remarque que des observations analogues, quoique moins démonstratives, ont été publiées à diverses reprises, notamment au cours de courses d'épreuve. Il s'agit alors de petites hypoglycémies d'effort pendant lesquelles le sucre du sang diminue de 25 à 40 pour 100 et il apparaît une incrétion d'asthénie disproportionnée à l'effort.

La thérapeutique consiste à enrichir le foie en réserves hydrocarbonées par l'absorption fréquente de petites quantités de glucides.

P.-E. MORHARDT.

E. Schlittler. ***La signification des amygdales comme porte d'entrée de la tuberculose*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 26, 30 Juin 1934). — Il a été démontré que le bacille de la tuberculose peut envahir les amygdales et y déterminer une primo-infection suivie d'une dissémination secondaire dans les ganglions lymphatiques voisins. C'est ce qui a amené la clinique oto-laryngologique de l'Université de Bâle à examiner les amygdales enlevées chez des sujets atteints de lymphomes cervicaux suspects de tuberculose. Un examen de ce genre a pu être fait chez 98 malades ne présentant, par ailleurs, aucun symptôme clinique de tuberculose des poumons ou d'un autre organe. Sur ce total, 48 amygdales ont présenté des signes de tuberculose certaine. Ainsi, une lymphadénite cervicale persistante, notamment de l'angle de la mâchoire, fait suspecter une primo-infection tuberculeuse de l'amygdale correspondante.

A côté des formes subaiguës ou chroniques, il en est d'aiguës qui peuvent également être suivies de tuméfactions des mêmes ganglions cervicaux et qui résistent au traitement. Dans ces cas également, on trouve des amygdales tuberculeuses.

La tuberculose primitive de l'amygdale n'est pas rare. En général, ces organes sont macroscopiquement normaux, de sorte que seul l'examen microscopique permet de faire un diagnostic. Bien que cette affection, de même que la tuberculose ganglionnaire cervicale qui en dépend, guérisse assez facilement, d'après S., il est néanmoins préférable d'enlever l'amygdale. On accélère ainsi la guérison des ganglions cervicaux.

P.-E. MORHARDT.

Max Hopf. ***Examen aux rayons Rœntgen des sujets enrôlés et des recrues de l'armée suisse*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXIV, n° 29, 21 Juillet 1934). — L'examen radioscopique des sujets enrôlés et des recrues est fait par H. après adaptation complète à l'obscurité et il n'est pas examiné plus de 60 hommes par séance. Toute constatation positive est transmise par écrit à la commission d'examen sanitaire. Quand il s'agit de recrues, le médecin scolaire assiste à l'examen.

H. expose ensuite les caractères d'un thorax normal et il note qu'en 1932, à un moment où sévissait une épidémie de grippe assez violente, son examen a révélé des hiles donnant une image en papillon. Cette image n'a été retrouvée, avec une constance pareille, qu'à ce moment et elle est qualifiée par H. de hile grippal. Cette constatation n'a naturellement aucune valeur au point de vue du service militaire.

H. remarque que le diagnostic fait à la radioscopie ne peut être que général. Pour faire un diagnostic qualitatif, il faut disposer de données cliniques, de l'anamnèse et parfois même d'une radiographie.

L'examen a porté sur 9.000 recrues dont 4.880 concernent les sujets enrôlés et 4.000 les sujets incorporés et faisant leur « école des recrues ». Parmi les premiers, il a été fait 311 constatations au niveau des poumons, des plèvres ou du hile et, de ce fait, 160 sujets (3,28 pour 100) ont été déclarés impropres au service. Dans ce groupe, il a été trouvé 3 cas de caverne pulmonaire certaine. On a également observé le cœur en goutte dans plus de 0,08 pour 100 des cas, une hypertrophie inhabituelle du cœur chez les sportifs. Il est plus fréquent de rencontrer une hypertrophie modérée du travail dans les populations rurales ou dans les métiers de force urbains. Sur les 4.000 sujets incorporés, on a trouvé également 1 pour 100 d'inaptes au service. Il s'agit là de sujets ayant déjà été examinés et d'où les malades ont par conséquent été en grande partie éliminés.

H. remarque qu'il est naturellement très important de diagnostiquer la tuberculose. C'est la raison pour laquelle on est en train de construire un appareil à rayons Rœntgen mobile qui permettra d'examiner tous les sujets enrôlés. On n'arrivera plus alors à dépister dans les « écoles de recrues », une tuberculose caverneuse bilatérale. Quoi qu'il en soit, aux écoles de recrues, H. a dépisté 4 cas certains de tuberculose (2 cas de tuberculose des sommets, 1 infiltration précoce et 1 tuberculose assez étendue du lobe supérieur) chez des sujets qui, un an auparavant, au cours d'une première radioscopie, ne présentaient rien d'anormal.

En résumé, il faut recourir à 2 radioscopies consécutives et utiliser l'anamnèse médicale relative à l'enfance.

P.-E. MORHARDT.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

A. Panagia (Rome). ***Cancer primitif du poumon à forme kystique*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. IX, n° 4, 1934). — Deux observations inédites de cancer du poumon, l'un de la base droite, l'autre de la région moyenne du poumon gauche, permettent à P. de passer en revue les signes cliniques de cette affection et de montrer la difficulté du diagnostic. Dans ces 2 cas, les crachats contenaient des cellules néoplasiques.

La bronchoscopie du premier malade fut négative. Les radiographies en séries jouèrent un rôle important dans le diagnostic et montrèrent l'inefficacité de la radiothérapie. Seuls, la présence de cellules cancéreuses dans les crachats ou l'extraction ou le prélèvement d'un fragment de tissu cancéreux par la bronchoscopie permettent d'affirmer le diagnostic. Celui-ci est souvent très difficile, particulièrement avec le kyste hydatique et l'abcès du poumon, d'autant plus que des processus nécrotiques et suppuratifs peuvent se produire dans le cancer. Robert Clément.

A. Dufourt et **H. Despeignes**. ***De l'amphorisme dans le pneumothorax artificiel*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. IX, n° 4, 1934). — L'amphorisme, qu'il s'agisse de souffle, de tintement métallique ou de râles consonnants, est beaucoup moins rare qu'il n'a été dit dans le pneumothorax artificiel. Il ne mérite pas la mauvaise réputation qu'on lui a fait. Si, très intense, il fait quelquefois partie d'un ensemble symptomatique dépendant d'une fissuration, il n'a pas lui-même de valeur pathognomonique.

D'une étude statistique portant sur 50 observations, il résulte que dans la plupart des cas, l'amphorisme isolé, généralement atténué, est presque toujours constaté à l'occasion d'une exsudation pleurale. Cet exsudat peut apparaître dans des conditions variées: de constitution rapide, s'accompagnant de manifestations douloureuses et dyspnéiques hors de proportion avec l'importance de l'épanchement, il est lié à une suppuration pulmonaire. De formation plus lente et beaucoup mieux toléré, l'épanchement constitue une pleurésie autonome. Le plus souvent, découverte radiologique, c'est le banal épanchement idiopathique du sinus.

Isolé, l'amphorisme n'autorise pas à parler de fissure, la recherche de tous les signes classiques de celle-ci reste négative et l'évolution se montre la plupart du temps d'une remarquable bénignité.

Cependant, la recherche systématique des signes amphoriques au cours de la collapsothérapie présente un grand intérêt. Signe précoce et fidèle d'une légère réaction inflammatoire de la plèvre, l'amphorisme incite temporairement à la prudence pour les réinsufflations. Il perd par la suite toute valeur d'alarme car, persistant durant des mois, il semble demeurer le témoin indélébile de modifications corticopleurales définitives et d'un processus inflammatoire éteint.

Robert Clément.

E. Sergent, **H. Durand** et **H. Mamou**. ***Maladie de Hodgkin et tuberculose*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. IX, n° 5, 1934). — Chez un ouvrier de 37 ans, une maladie de Hodgkin à début cervical envahit peu à peu le système ganglionnaire périphérique et profond et évolua en un an vers la cachexie terminale, après une amélioration post-radiothérapique transitoire de 2 mois environ. Les manifestations abdominales furent particulièrement intenses, caractérisées par des douleurs cœliaques, survenant par crises et irradiant dans le dos, avec crises de diarrhée incoercible et volumineuses masses abdominales de consistance tumorale constituées, comme le montra l'autopsie, de ganglions lympho-granulomateux. Il y avait en outre une localisation pleuro-pulmonaire et un infiltrat diffus lympho-granulomateux de la région sous-claviculaire droite.

L'autopsie seulement révéla l'association de lésions tuberculeuses et lympho-granulomateuses.

Si le diagnostic entre maladie de Hodgkin et tuberculose est souvent difficile, d'autant plus que la coexistence des deux maladies n'est pas rare, il ne s'agit pas moins de deux maladies essentiellement différentes. Le développement chez le cobaye, après inoculation de ganglions granulomateux, d'une tuberculose typique et même atypique n'est pas une démonstration de la nature tuberculeuse de l'affection. Les ganglions d'un adulte normal renferment toujours dans leur sein des bacilles de Koch. Leur mise en évidence est un fait banal.

La granulomatose maligne garde son entière individualité et ne peut être considérée comme de nature tuberculeuse. Robert Clément.

L'HYGIÈNE MENTALE (Paris)

M. Molhant. ***Le bégaiement essentiel ou névropathique*** (*L'Hygiène Mentale*, t. XXIX, n° 5, Mai 1934). — Il faut distinguer, parmi les troubles du langage, les aphasies et paraphasies, les dysarthries et anarthries, les dysphonies et les « dysphasies ». Ces dernières consistent dans l'expression défectueuse d'images verbales correctes, malgré l'intégrité de l'appareil moteur, expression défectueuse tonique ou clonique comme le bégaiement.

Le bégaiement est souvent symptomatique de lésions striées, ou d'irritations vestibulaires et cervicales. Il s'apparente au torticolis et à la crampe des écrivains. Les rapports de chronaxies des muscles intéressés sont rompus, par répercussion de perturbations centrales d'ordre bio-physico-chimique.

La faradisation des muscles du langage soulève des difficultés d'application. La rééducation rationnelle reste la méthode la plus efficace complétée au besoin par l'opothérapie et la désensibilisation (« hyperallerginothérapie » par lipo-vaccin associé bacillaire). G. d'Heucqueville.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE (Paris)

J.-G. Maranon et **J.-M. Collazo**. ***L'action des extraits hépatiques sur la cholestérinémie et l'élimination de la cholestérine par la bile*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. IX, n° 3, Mai-Juin 1934). — Le foie joue certainement un rôle important dans le métabolisme encore mal connu de la cholestérine. Ainsi peuvent le faire penser l'élimination biliaire de ce produit, la grande quantité accumulée dans la glande hépatique, et spécialement dans les cellules de Küpfer, l'hypocholestérinémie qui accompagne toutes les déficiences de l'organe et ses dégénérescences cellulaires. Par contre, on ne peut se fonder sur les recherches de la cholestérine sanguine après hépatectomie, qui n'ont donné que des résultats contradictoires. Après un rappel de ces notions M. et C. étudient l'action des extraits hépatiques sur la cholestérinémie. Leurs recherches ont porté sur des chiens, des lapins, sur des hommes normaux et des addisoniens. Les extraits hépatiques, sauf après chauffage à 120°, qui les rend inactifs, provoquent constamment une hypercholestérinémie; celle-ci se produit rapidement, et disparaît en une heure environ. L'élimination biliaire est parallèle aux variations du taux de ce corps dans le sang. Il semble qu'il y ait, dans le foie, un principe, peut-être une hormone, capable de mobiliser la cholestérine, et qui, jusqu'ici, n'a pu être dissocié du facteur antianémique.

A. Escalier.

ZENTRALBLATT für GYNAEKOLOGIE (Leipzig)

E. Menninger-Lerchenthal (Tulln-Vienne). ***La grossesse et l'accouchement des morphinomanes*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, An. LVIII, n° 18, 5 Mai 1934). — Il est intéressant de noter l'action de la morphine prise à hautes doses sur la menstruation, la conception et l'évolution de la grossesse. M.-L. colligeant les opinions de nombreux auteurs arrive à une première constatation : c'est que contrairement à l'opinion de Levinstein, les morphinomanes ayant perdu leurs règles peuvent concevoir. En réalité, il semble bien que, chez les grandes morphinomanes, les règles diminuent sans disparaître complètement. L'ovulation ne présenterait pas un cycle normal.

La morphine, chez l'homme, prise à une forte dose (1 gr. par jour), paraît empêcher toute conception et Levinstein n'aurait jamais dans ces cas observé de grossesse chez des femmes jeunes et saines qui avaient eu un enfant avant l'intoxication de leur mari. En réalité, cette affirmation est excessive. Erlenmayer, dans un cas de morphinomanie conjugale à la dose journalière de 1 gr. 50, a vu la femme accoucher à terme d'un enfant vigoureux.

Il semble que chez les femmes prenant une dose quotidienne de morphine, pas trop élevée, le fœtus s'habitue à la morphine qui lui est fournie par le sang placentaire. Les fœtus ne succombent que si la mère brusquement augmente la dose. C'est ainsi que Kormann, Benike et Fürst ont suivi des femmes morphinomanes ou opiomanes qui ont absorbé pendant leurs grossesses des doses considérables de drogue sans que l'évolution en soit troublée.

Il est certain que les cas varient et que bien des facteurs organiques doivent entrer en ligne de compte. Ainsi s'expliquent les divergences des opinions sur la question de la conception chez les morphinomanes.

M.-L. traite dans la deuxième partie de son article l'important problème de la conduite à tenir en cas de morphinomane devenue enceinte. Faut-il ou non pratiquer la cure de démorphinisation ?

A côté du cas heureux de Muller qui a pu sevrer une femme prenant 5 à 6 centigr. de morphine par jour, 4 semaines avant son accouchement, il est à noter que le plus ordinairement les femmes démorphinisées présentent souvent des coliques utérines ou d'autres douleurs qui les font rapidement retomber dans leur vice.

La suppression et même la réduction de la dose de morphine au cours de la grossesse sont difficiles, d'autant plus difficiles que l'on se trouve souvent en présence de signes faisant craindre un avortement et qu'il faut prescrire à nouveau de la morphine pour l'éviter.

Comment accouchent les morphinomanes? Souvent au moyen du forceps. Laase, dans un cas, cédant aux désirs d'une femme qui avait peur, la désintoxique un peu avant son accouchement. La délivrance eut lieu dans des conditions dramatiques d'agitation, la parturiente essayant de se jeter par la fenêtre et le nouveau-né présentait des signes de privation analogues à ceux observés chez l'adulte.

En conclusion: ne tenter la désintoxication que pendant les trois premiers mois de la grossesse dans un établissement spécialisé et en gardant en surveillance la femme pendant tout le temps de la grossesse.

Dès que l'enfant remue, inutile de songer à la cure de désintoxication qui ne pourra être commencée que deux ou trois mois après l'accouchement.

La mère et l'enfant seront alors traités avec succès. DESMAREST.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Funk. ***Traitement du lupus et étude critique des résultats*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXX, n° 5, 1934). — F. relate les efforts thérapeutiques faits dans la lutte contre le lupus dans les 13 circonscriptions du Front de Travail allemand; il expose les difficultés d'ordre social auxquelles sont en butte ces malades, généralement jeunes et appartenant à la classe pauvre, et dont l'infirmité, siégeant le plus souvent à la face, fait un objet d'horreur pour l'entourage. Parmi les traitements généraux, le régime de Gerson a pour lui les excellents résultats esthétiques, mais comporte les inconvénients suivants : longueur de la cure, non-tolérance par de nombreux malades, difficulté matérielle. De même, les traitements généraux par R.U.V., lampes à arc, infra-rouges, héliothérapie, sont à longue échéance et contre-indiqués chez les basedowiens et chez les porteurs de tuberculose ouverte.

Les préférences de F. vont aux traitements locaux, plus radicaux, plus rapides, les seuls capables d'enrayer la progression d'une tuberculose cutanée évolutive. Passant rapidement en revue les pommades exfoliantes, F. rejette également l'excision complète au bistouri (pratiquée à l'anesthésie générale) du fait des récidives possibles dans la cicatrice opératoire malgré le saupoudrage à l'aide d'argent métallique. Il utilise avant tout le bistouri diathermique dont il énumère les avantages. Des photographies démonstratives illustrent cet article. Signalons cependant que F. ne fait nulle allusion au traitement par la diathermo-coagulation proprement dite dont Ravaut a montré l'intérêt.

G. BASCH.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

A. Introzzi. ***Contribution à l'étude de l'ostéose fibrogéodique d'origine parathyroïdienne*** (*La Semana Medica*, t. XLI; n° 22, 31 Mai 1934). — La parathyroïdectomie détermine, en clinique, la régression des ostéoses, I. étudie les effets du traitement parathyroïdien.

Il a observé un malade de 34 ans qui présente, à la suite d'un traumatisme de la région lombaire et d'une greffe d'Albee, une décalcification générale du squelette, une ostéo-fibrose lombaire, un syndrome osseux de Recklinghausen. Calcémie normale, mais balance des échanges calciques déficitaire. 8 mois après le traumatisme, on intervient sur la thyroïde et l'on extirpe les glandules parathyroïdes rencontrées. Cette opération est suivie d'une amélioration.

I. montre l'importance du facteur congestif dans la pathogénie de l'ostéose: elle s'est localisée, dans l'observation rapportée, sur la zone de l'intervention, siège de réactions vaso-motrices.

Des études expérimentales confirment ces vues. Chez les animaux ayant reçu des injections d'extrait parathyroïdien, l'hyperémie unilatérale, obtenue par sympathicectomie lombaire, exagère l'ostéose du côté intéressé. L'examen anatomique montre l'augmentation correspondante des myéloplaxes et des éléments cellulaires de résorption.

G. D'HEUCQUEVILLE.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Scharvat et Silink. ***Contribution à l'étude de l'adynamie basedowienne*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 21, 19 Mai 1934). — On sait depuis longtemps que la fatigabilité constitue un signe important, constant et précoce de la maladie de Basedow; mais l'évolution de ce symptôme n'est pas parallèle aux autres troubles. Sur 210 basedowiens, 40 fois l'adynamie était le premier symptôme en date, 167 fois elle survint avec les autres signes de la maladie, 3 fois elle fut absente. S. et S., cherchant à rattacher l'adynamie au degré de l'intoxication thyroïdienne, ont mesuré la première à l'ergographe, mettant en regard des résultats de cette investigation le chiffre du métabolisme basal. Les résultats de cette intéressante enquête ne permettent pas de confirmer l'hypothèse de travail. Peut-être peut-on rattacher l'adynamie basedowienne à un autre trouble glandulaire, par exemple à une insuffisance surrénalienne.

G. BASCH.

Jagic et Zimmermann. ***Contribution au traitement des thyréotoxicoses*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 21, 19 Mai 1934). — Les notions physiologiques concernant la fonction thyroïdienne et le problème clinique des thyréotoxicoses se sont trouvés considérablement enrichis par la découverte d'une hormone anté-hypophysaire thyréotrope. Schittenhelm et Eisler ont noté une augmentation de la teneur en iode du mésencéphale dans les thyréotoxicoses; Risak a décrit une maladie de Basedow succédant à un foyer encéphalitique. Le traitement de la maladie de Basedow a subi des modifications parallèles: on a isolé du sang un produit, la catéchin ou thyronorman qui, employé concurremment à un régime riche en viande, hydrates de carbone et légumes, agirait sur l'hyperthyroïdie. Cette thérapeutique s'est révélée inopérante entre les mains des auteurs. Néanmoins, il paraît avantageux de prescrire en général aux basedowiens un régime de ce genre. L'action du gynergène, celle de l'ergocholin, sont également envisagées. J. et Z. préconisent la diiodothyrosine dont ils se félicitent. L'amélioration de la maladie peut être suivie par le dosage régulier de l'iode du sang.

G. BASCH.

Max Schur. ***Variations de la pression artérielle dans un cas d'ostéoporose avec affaissement vertébral*** (*Wiener medizinische Wochenschrit*, t. LXXXIV, n° 22, 26 Mai 1934). — S. rapporte l'observation d'un homme de 64 ans pesant 40 kilogr., mesurant 1 m. 45, chez lequel des douleurs dorsales attirèrent l'attention sur la colonne vertébrale: la radiographie mit en évidence une ostéoporose accentuée avec diminution de hauteur des vertèbres. Chez cet homme, on nota une extrême instabilité de la tension artérielle, variant dans d'importantes proportions avec la position du corps, le travail, le repos, etc. On la vit osciller entre 20 et 3, chiffres extrêmes, particulièrement dans le passage entre la position couchée et la station, l'hypotension survenant quand le malade est debout. Tous ces différents symptômes firent incriminer l'hypophyse, mais l'autopsie ne mit pas en évidence de modification notable macroscopique ni microscopique de la glande.

G. BASCH.

Scherf. ***Traitement des arythmies par la digitale*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXXIV, n° 23, 2 Juin 1934). — On sait que la digitale raccourcit la durée de la période d'inexcitabilité absolue du cœur; elle agit directement sur la musculature cardiaque, indirectement sur elle par l'intermédiaire du vague. Son action est assez médiocre sur les tachycardies sinusiennes; dans ces cas, on associera à de petites doses de digitale de la quinine. Dans la tachycardie paroxystique, on préférera encore les injections intra-veineuses de quinine qui peuvent mettre fin immédiatement à un accès. Mais il faut bien s'assurer, avant de tenter cette thérapeutique quinique, de l'intégrité du myocarde, faute de quoi pourraient survenir de graves accidents. Dans ces cas, et quand on note de l'auricular-flutter, on utilisera avec avantage la digitale, et, en cas d'urgence, on fera une injection intra-veineuse d'ouabaïne. Dans les cas d'extra-systoles à paroxysmes tachycardiques, la digitale est particulièrement indiquée; dans les extra-systoles simples, on prescrira des pilules de quinine, poudre de digitale et sulfate de strychnine.

G. BASCH.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Pötzl. ***De la fréquence croissante des phénomènes apoplectiques chez les jeunes*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 20, 18 Mai 1934). — P. envisage 10 cas d'ictus apoplectique survenus dans des conditions d'ailleurs très diverses chez des individus de moins de 40 ans. Les premiers cas rapportés concernent des jeunes gens de 24 à 28 ans ayant subi l'un et l'autre dans leur jeune âge des traumatismes craniens et qui présentèrent, à la suite d'efforts physiques violents, des phénomènes paralytiques à type hémiplégique. Il semble à P. que dans ces cas ont agi le traumatisme ancien, le froid (à la manière de l'hémoglobinurie paroxystique) et l'effort. D'autres observations concernent une jeune femme frappée d'un ictus au cours d'un bain prolongé dans le Danube, un homme jeune gros fumeur qui fit plusieurs crises d'angine de poitrine. Dans d'autres cas, on put incriminer l'encéphalite léthargique, les états parétiques postépileptiques, les éclipses cérébrales des hypertendus jeunes, l'hémorragie méningée. En résumé, rien, sinon qu'il s'agit d'individus de moins de 40 ans, ne légitime la juxtaposition de cas aussi disparates. G. BASCH.

Karady. ***Sensibilité à l'histamine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 20, 18 Mai 1934). — De nombreux travaux insistent sur l'antagonisme qu'il y a entre l'action physiologique de l'adrénaline et de l'histamine, « hormone tissulaire », cette dernière agissant comme vaso-dilatatrice et abaissant la pression artérielle. Certains sujets réagissent plus vivement, tels les asthmatiques; par contre, d'autres sont moins sensibles à l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse de cette

hormone. K., étudiant les variations de la pression artérielle après injection d'une solution au 1/1.000 d'histamine, a pu établir 4 types réactionnels dont il présente les schémas : l'hypotension survenant une demi-heure après l'injection varie notablement suivant le type envisagé, aussi bien que l'hypertension réactionnelle qui survient une heure et demie à 2 heures après l'injection. Il considère qu'il y a une parenté des plus nettes entre la sensibilité à l'histamine et la tendance au collapsus.

G. Basch.

Scharff. ***Hyperglycémie post-opératoire après thoracoplastie chez les tuberculeux*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 22, 1er Juin 1934). — De nombreux travaux ont cherché à préciser les facteurs déterminant l'hyperglycémie post-opératoire : narcose, shock opératoire, etc... On a pu montrer que l'anesthésie générale était plus agissante à ce point de vue que l'anesthésie locale ; cette hyperglycémie s'accompagne parfois d'un léger degré de glycosurie et même d'acidose par troubles de l'équilibre acido-basique. S. a étudié ce phénomène chez 13 tuberculeux opérés de thoracoplastie après anesthésie locale : dans tous les cas, il a noté une élévation de la glycémie allant de 14 à 135 milligr. pour 100. On observa parfois de la glycosurie, mais pas de corps cétoniques.

G. Basch.

Neuber. ***Nouvelle contribution à la thérapeutique et à l'étude biologique de l'actinomycose*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 23, 8 Juin 1934). — N. relate l'observation d'un homme de 27 ans, peintre paysagiste, contaminé vraisemblablement du fait de l'habitude qu'il avait de mordiller des herbes pendant son travail; en Novembre 1931 apparut une petite tumeur dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen; une incision donna issue à du pus où l'on mit en évidence les éléments caractéristiques de l'actinomycose. Après l'intervention, l'état général s'altère, le malade maigrit, et l'on voit apparaître au-dessous de la cicatrice opératoire un très large placard infiltré allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. On pratiqua alors une injection intradermique de 1/10e de centimètre cube de vaccin polyvalent préparé à l'aide de diverses races d'actinomyces; on observa le lendemain une réaction locale, focale et générale.

On entreprit alors un traitement à l'aide de Solganal intraveineux et intramusculaire avec d'excellents résultats, puis une thérapeutique spécifique à l'aide de vaccin. L'un et l'autre traitement aboutirent à une guérison complète.

G. Basch.

Sole. ***Culture rapide des bacilles diphtériques*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 23, 8 Juin 1934). — S. rappelle la méthode décrite par Folger il y a 35 ans et dont la technique est la suivante : un tampon monté d'ouate stérile est trempé dans du sérum de cheval stérile, passé à la flamme légèrement jusqu'à ce qu'apparaisse un peu de vapeur et que la surface imbibée de sérum semble légèrement coagulée. Ce tampon monté est prêt alors à servir de milieu de culture après qu'on a touché la gorge ou la fosse nasale suspecte. Il faut spécifier que la préparation de ces tampons doit être extemporanée et précéder immédiatement le prélèvement. D'après l'expérience de S., les colonies de bacilles diphtériques se développent déjà au bout de 4 heures d'étuve. Il est inutile d'insister sur les avantages pratiques de cette méthode.

G. Basch.

Adler. ***Diagnostic précoce du cancer des organes génitaux de la femme*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLVII, n° 23, 8 Juin 1934). — Envisageant dans ce court article les diverses formes de cancer de l'appareil génital féminin, A. rappelle que l'épithélioma de la vulve est d'un diagnostic relativement facile puisqu'il est accessible à la vue, au palper et qu'on peut vérifier le diagnostic par la biopsie. Le cancer du vagin se manifeste par des hémorragies soit spontanées, soit de contact, pouvant s'accompagner, d'après l'expérience de A., de pâleur spéciale du visage. Quant au cancer du col, ses signes du début sont souvent des hémorragies de contact (après coït ou injection vaginale) ; la biopsie devra être entourée de grandes précautions afin d'éviter l'infection ou le coup de fouet donné à la tumeur. Quant au cancer du corps de l'utérus, des trompes, des ovaires, leur diagnostic précoce est entouré de grandes incertitudes et ils seront souvent méconnus.

G. Basch.

ANALES DE MEDICINA INTERNA
(Madrid)

M. Tapia, R. Jorda et **J. Tapia.** ***Le facteur atélectasique dans la tuberculose pulmonaire*** (*Anales de Medicina Interna*, t. III, n° 5, Mai 1934). — Revue générale documentée de la séméiologie de l'atélectasie dans la tuberculose pulmonaire chronique, avec observations et clichés personnels. Bibliographie.

T., J. et T. décrivent successivement les 3 modes principaux d'atélectasie, aigu, subaigu et chronique. L'atélectasie complique d'ordinaire les hémoptysies et les adénopathies, consécutive à l'obstruction ou à la compression des bronches.

Sont étudiés spécialement les rapports de l'atélectasie avec le pneumothorax d'une part, les cavernes d'autre part. L'obstruction de la bronche, le drainage d'une caverne peut déterminer une atélectasie. Le pneumothorax thérapeutique, favorisant l'évacuation des bronches, hâte au contraire la résolution du processus.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES of INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

H. R. Craig et **P. D. White.** ***Etiologie et symptômes de l'asthénie neuro-circulatoire*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 5, Mai 1934). — Cette appellation a été choisie pendant la guerre pour désigner l'état morbide de très nombreux sujets qui présentaient des symptômes se rapportant au système cardio-vasculaire, mais indépendants de toute lésion connue de ce système et s'associant souvent à des troubles nerveux fonctionnels.

Désireux de préciser l'étiologie et la symptomatologie de cette affection, C. et W. ont étudié 100 malades, dont 50 étaient porteurs d'une cardiopathie organique. Les femmes prédominaient (69 pour 100); l'âge moyen était de 35 ans. Presque tous ces sujets avaient un développement et un état de nutrition normaux; certains même étaient obèses.

Du point de vue étiologique, C. et W. classifient ainsi l'asthénie neuro-circulatoire chez leurs malades : 1° asthénie consécutive à des infections, opérations et autres maladies graves (9 pour 100); 2° asthénie consécutive à un surmenage prolongé (10 pour 100); 3° asthénie consécutive à des infections, opérations ou maladies de moyenne gravité (25 pour 100); 4° asthénie consécutive à des fatigues modérées (36 pour 100); 5° asthénie indépendante de toute fatigue sérieuse, mais tendant à s'aggraver fortement à la suite de la maladie ou de la fatigue (20 pour 100).

L'asthénie neuro-circulatoire doit être distinguée de l' « irritabilité du cœur » proprement dite qui se traduit par des extrasystoles et de la tachycardie paroxystique, des névroses dans lesquelles l'anxiété, l'hypocondrie ou l'hystérie prédominent, de la neurasthénie banale qui se manifeste primitivement par un manque d'énergie, un épuisement physique et mental facile et de l'irritabilité.

Les 4 signes cardinaux sont les palpitations; la gêne respiratoire (perception désagréable de l'acte respiratoire, sensation de manque d'air, etc.) ; les douleurs ou la gêne précordiale, parfois à type angineux, pouvant irradier au bras gauche ou à l'épaule; l'épuisement et la fatigabilité rapide.

La respiration suspirieuse et l'hypersensibilité précordiale sont des signes confirmatifs importants et pathognomoniques.

Quand l'asthénie neuro-circulatoire complique une cardiopathie organique, les symptômes ont les mêmes caractères et la même intensité qu'en l'absence d'affection organique du cœur.

Rééduquer le patient et le rassurer, tels sont les points essentiels du traitement.

P.-L. Marie.

C. M. Jones, F. B. Eaton et **J. C. White.** ***Œdème post-opératoire expérimental*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 5, Mai 1934). — L'œdème peut être une complication post-opératoire sérieuse, surtout quand il atteint la paroi de l'intestin et le parenchyme pulmonaire. Bien des facteurs étiologiques peuvent être alors invoqués, certains liés à l'état de nutrition troublée du patient, d'autres relevant de l'opération elle-même. Dans le but d'élucider l'origine de l'œdème, J., E. et W. ont essayé de reproduire chez l'animal les conditions qu'on retrouve ordinairement chez les opérés. Ils ont donc étudié l'influence du régime, de l'absorption des liquides, de l'azote et du sel de la ration, du choc opératoire, du drainage des séreuses et de la septicémie.

Ils sont arrivés à produire des œdèmes non seulement du tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi des muscles et des différents viscères, l'intestin, les reins, le pancréas et le cœur étant les premiers atteints. Parfois, ils ont observé des épanchements des séreuses.

En faisant varier les différents facteurs d'œdème, ils ont vu que ceux-ci se classent dans l'ordre d'importance suivant : d'abord et surtout la carence du régime en azote et la mauvaise nutrition, puis la septicémie, l'administration de quantités excessives d'eau et de chlorure de sodium, le drainage des séreuses, la gravité de l'intervention chirurgicale, enfin l'anesthésie générale. Les troubles du fonctionnement hépatique et rénal jouent sans doute un rôle important, mais sont secondaires aux autres facteurs.

La diminution des protéines totales du sérum et de la sérine a une influence marquée sur la production des œdèmes, en favorisant l'accumulation de l'eau dans les tissus; toutefois, l'œdème peut se produire aisément avec des chiffres normaux.

J., E. et W. insistent sur l'importance encore méconnue de l'œdème des parenchymes viscéraux qui pourrait expliquer certains troubles circulatoires, urinaires, hépatiques, digestifs, etc., observés en clinique. Evidemment, on devra s'attacher à réduire au minimum, surtout chez les patients déjà en état de mauvaise nutrition, tous les facteurs qui peuvent encore altérer le fonctionnement des organes, assombrissant de ce fait le pronostic chirurgical.

P.-L. Marie.

L. J. Soffer et **M. Paulson.** ***Altérations hépatiques résiduelles consécutives à l'ictère catarrhal*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 6, Juin 1934). — S. et P. estiment que le retard de l'excrétion de la bilirubine injectée par voie veineuse constitue actuellement un des moyens les plus sensibles de déceler les altérations hépatiques.

Cette épreuve, pratiquée chez 11 malades qui

avaient eu un ictère catarrhal simple de 3 mois à 18 ans auparavant, indiqua chez 9 d'entre eux des degrés de rétention allant de 10 à 50 pour 100. L'importance des altérations hépatiques résiduelles ne sembla pas proportionnelle à la gravité de l'ictère antérieur.

S. et P. concluent de ces résultats que l'ictère catarrhal n'est pas une affection aussi insignifiante qu'on le croit d'ordinaire, puisque dans beaucoup de cas il laisse à sa suite une altération permanente de la fonction hépatique.

P.-L. Marie.

E. F. Cain. ***Lésions histologiques des reins dans l'hypertension maligne*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 6, Juin 1934). — C. a eu l'occasion d'étudier les lésions du rein dans 27 cas d'hypertension maligne, dénommée encore maladie artérielle diffuse avec hypertension à évolution rapidement mortelle.

Il a constaté des altérations diffuses portant sur les glomérules, les tubuli, les artérioles, les artères et le tissu interstitiel. Mais les plus accusées se voient dans les artérioles. Elles consistent en un rétrécissement extrême de la lumière vasculaire, dans une augmentation notable du nombre des cellules endothéliales, dans une dégénérescence sous-endothéliale hyaline et graisseuse, en un épaississement manifeste de la tunique moyenne avec hyperplasie du tissu conjonctif, surtout au niveau de l'adventice. Le rapport entre l'épaisseur de la paroi et la lumière des artérioles rénales se montre fortement diminué. Quant aux dimensions du rein, elles n'étaient ni notablement ni uniformément diminuées.

P.-L. Marie.

A. C. Ernstene et **M. Snyder.** ***Influence de l'artériosclérose et de l'hypertension bénigne ou maligne sur l'aire de l'érythème provoqué par l'histamine*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 6, Juin 1934). — L'injection intradermique de chlorhydrate d'histamine (0 cmc 02 d'une solution à 1 pour 2.000) provoque un érythème fugace, de teinte rose vif, qui résulte d'une dilatation des artérioles d'assez gros calibre du voisinage qui détermine une congestion passive des petits vaisseaux de la peau. D'autre part, les recherches histologiques indiquent l'existence chez les hypertendus de lésions des artérioles dont le degré varie selon le type de l'hypertension, bénigne, moyenne et maligne. Aussi E. et S. ont-ils pensé que, si des degrés divers d'hypertension produisaient des différences quantitatives dans la réponse à l'histamine, les altérations pourraient être le mieux décelées en mesurant l'aire de cet érythème.

Chez les sujets normaux, ils ont trouvé une aire de 31 cmq en moyenne, avec un minimum de 18 cmq.

Chez les sujets atteints d'artériosclérose ayant une pression normale, l'aire tend à diminuer; elle n'est plus que de 22 cmq en moyenne, descendant même à 18 cmq dans les cas d'artériosclérose avancée.

Chez tous les malades atteints d'hypertension essentielle bénigne, l'aire se montra normale (29 cmq en moyenne). Chez ceux qui présentaient une hypertension de gravité moyenne, l'aire était réduite à 20 cmq; le tiers de ces patients avait une aire plus faible que la plus petite observée chez des sujets normaux. Chez la plupart des malades ayant une hypertension maligne, les dimensions de l'aire furent moindres que la dimension minima trouvée chez des sujets normaux; 3 fois seulement elle dépassa 24 cmq. La moyenne trouvée fut de 16 cmq, c'est-à-dire moitié moins que normalement.

E. et S. pensent que la mesure de l'aire de l'érythème provoqué par l'histamine pourrait être un appoint utile quand il s'agit de distinguer de l'hypertension bénigne les formes moyenne et maligne, ce qui, en dehors de l'examen ophtalmoscopique soigneux, est souvent difficile en clinique.

P.-L. Marie.

T. R. Harrison, J. A. Calhoun et **W. C. Harrison.** ***Le mécanisme de l'asthme cardiaque*** (*Archives of internal Medicine*, t. LIII, n° 6, Juin 1934). — Il existe 4 types de dyspnée nocturne chez les cardiaques: l'orthopnée, la dyspnée vespérale, qui a un début progressif, le Cheynes-Stokes et l'asthme cardiaque. H., C. et H. réservent le nom d'asthme cardiaque à des paroxysmes dyspnéiques se produisant généralement la nuit, chez des sujets présentant de la congestion pulmonaire passive secondaire à l'insuffisance du cœur gauche, déclenchés souvent, mais non nécessairement par de la toux, se terminant parfois par de l'œdème aigu du poumon et ne s'accompagnant pas d'ordinaire de respiration de Cheynes-Stokes.

Le mécanisme de l'asthme cardiaque est encore très discuté. Pour le préciser, H., C. et H. ont, pendant les crises et entre celles-ci, analysé les gaz du sang artériel et mesuré la capacité vitale et la ventilation. A la base de tous les types de dyspnée des cardiaques on trouve, en effet, une diminution de la capacité vitale et une exagération de la ventilation, résultant d'une stimulation réflexe de la respiration.

Ils ont constaté que la dyspnée de l'asthme cardiaque ne s'accompagne pas d'ordinaire d'anomalies dans la teneur du sang artériel en O et en CO^2, ni de modifications du pH. Le soulagement que procure la morphine ne marche pas de pair avec des modifications constantes des gaz du sang, mais il est suivi d'une diminution de la ventilation et s'accompagne en général d'une augmentation de la capacité vitale.

Il existe toujours dans l'asthme cardiaque de la congestion pulmonaire qui agit, et en diminuant la capacité vitale, et en stimulant la respiration par voie réflexe, elle semble être la cause fondamentale de l'asthme cardiaque.

Diverses causes occasionnelles interviennent pour déclencher l'accès: très souvent, la toux, plus rarement la peur due à des cauchemars, le météorisme abdominal, la chaleur. Chacun de ces facteurs semble agir en augmentant la ventilation.

H., C. et H. ont constaté que, tant chez les sujets normaux que chez les cardiaques, l'augmentation de la ventilation s'accompagne d'un accroissement de la consommation de O qui se produit immédiatement et indique par là même que le débit cardiaque est lui aussi augmenté. Ils ont étudié les effets d'une hyperventilation pulmonaire sur la capacité vitale chez des sujets normaux et des insuffisants du cœur gauche. Les premiers présentent une augmentation légère de la capacité vitale, tandis que chez les seconds on trouve, en général, une diminution. Ils ont pu déclencher chez un malade un accès d'asthme cardiaque à la suite de l'hyperpnée volontaire et, chez un autre, en le faisant tousser.

L'œdème pulmonaire aigu, qui se surajoute souvent, détermine une stimulation d'ordre à la fois chimique et réflexe de la respiration et peut ainsi accroître la dyspnée. Expérimentalement, les chiens chez lesquels on a produit de l'œdème des poumons par injection intratrachéale de liquide de Ringer présentent une anoxémie marquée avec augmentation consécutive du débit cardiaque. Les malades, qui meurent avec de la congestion pulmonaire, peuvent présenter de l'œdème non inflammatoire des parois bronchiques qui est vraisemblablement responsable des râles musicaux entendus pendant l'accès d'asthme. Ainsi une dyspnée par obstruction peut se surajouter à la dyspnée réflexe.

L'apparition des accès pendant le sommeil semble due à la diminution de l'excitabilité qui permet aux différentes stimulations énumérées plus haut de devenir excessives avant qu'elles ne réveillent le malade. Lors du réveil, il y a une augmentation marquée de la respiration causée par l'accroissement soudain de l'excitabilité du centre respiratoire à laquelle s'ajoutent les stimulations puissantes existant déjà. L'augmentation de la ventilation qui en résulte tend à produire une congestion pulmonaire supplémentaire, laquelle tend à son tour à exagérer davantage la ventilation. Le cycle vicieux ainsi déclenché peut s'aggraver jusqu'à production d'œdème aigu du poumon, à moins qu'il ne soit brisé par la position assise prise par le malade, par la morphine ou par l'expectoration du mucus, etc.

En somme, ces recherches viennent étayer l'hypothèse que la cause essentielle de l'asthme cardiaque est la congestion des poumons, liée à l'augmentation de la pression en aval, résultant de la dilatation du cœur gauche. Ce mécanisme est tout différent de celui des crises de dyspnée éprouvées par les malades atteints d'insuffisance cardiaque secondaire à une affection chronique du poumon (cœur pulmonaire). Chez ceux-ci, le surmenage primitif siège au niveau du cœur droit plus qu'au niveau du cœur gauche et il n'engendre ni congestion, ni œdème des poumons.

P.-L. Marie.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

E. Tarantelli. ***Sur l'actinomycose colliquative*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 20, 17 Mai 1934). — Cette variété exceptionnelle d'actinomycose décrite par Bode, et dont T. rapproche un cas personnel et un cas de Mantegazza, est primitive ou secondaire; elle est caractérisée par la formation d'une tuméfaction de consistance molle, mobile sur les plans sous-jacents, qui devient rapidement fluctuante et s'ouvre spontanément comme un abcès banal ; le diagnostic est d'autant plus difficile que les grains caractéristiques sont rares et facilement altérés en présence du pus. L'absence de fièvre et d'adénopathie régionale peut attirer l'attention; mais l'examen microscopique et la culture du pus sont nécessaires ; l'épreuve du traitement par l'iodure peut ne pas être démonstrative.

Lucien Rouquès.

G. de Flora. ***La courbe cétonémique après ingestion de sucre comme méthode d'exploration fonctionnelle du foie*** (*La Riforma medica*, t. L, n° 21, 24 Mai 1934). — La cétonémie à jeun des hépatiques est en général supérieure à la normale, parfois aussi inférieure; elle peut progressivement s'abaisser au cours de l'aggravation de la maladie; sa détermination n'a donc pas de valeur séméiologique.

Lorsque le foie est normal, l'ingestion d'un gr. de glucose par kilogramme de poids provoque une hypercétonémie qui persiste de une à deux heures, peut aller du simple au double ou au triple et porte sur la cétonémie totale comme sur ses fractions (acide di-acétique et acétone, acide β-oxybutyrique). Lorsque le foie est touché, après la même épreuve, les fractions cétoniques diminuent, parfois de plus de moitié. Meilleur est le fonctionnement hépatique, plus la cétonémie s'élève et inversement; ces résultats paraissent constants et concordent avec ceux de l'épreuve d'amino-acidémie provoquée. L'étude de la courbe cétonémique peut être retenue comme méthode d'exploration fonctionnelle du foie.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

C. Salaris et B. Nolli. ***L'anémie dans les néphrites (recherches systématiques et pathogéniques)*** [*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XIII, n° 4, Février 1934]. — S. et N. ont pratiqué des examens hématologiques complets (sauf la numération des plaquettes et l'étude de la coagulabilité) et de nombreux dosages chimiques dans 17 cas de néphrite aiguë ou chronique. A part les cas où il y a eu une forte hématurie, on ne trouve de diminution appréciable des hématies et de l'hémoglobine que dans les néphrites chroniques avec insuffisance rénale où l'anémie est constante et parfois très accentuée; dans les néphrites chroniques sans insuffisance rénale, S. et N. ont toujours constaté une augmentation du nombre des hématies et proportionnellement de l'hémoglobine; dans tous les types de néphropathies, les hématies ont une forme en boule, comme dans l'ictère hémolytique constitutionnel. Les modifications du nombre et du pourcentage des globules blancs ne sont pas très importantes: lymphocytose avec neutropénie relative dans les formes aiguës, neutrophilie avec lymphopénie dans les formes chroniques. Les variations de la masse sanguine sont discrètes dans les néphrites aiguës; dans les néphrites chroniques sans insuffisance rénale, la masse sanguine est augmentée pour les globules et un peu plus pour le plasma; dans les néphrites chroniques avec insuffisance rénale, la masse globulaire est diminuée, mais la masse plasmatique est assez augmentée pour que la masse totale le soit aussi.

L'anémie des néphrites chroniques ne dépend pas d'une hyperhémolyse mais d'une insuffisance érythropoïétique de la moelle osseuse que confirment les examens anatomiques; les dosages de S. et N. montrent que l'action exercée sur la moelle osseuse n'est certainement pas attribuable à la créatinine et très probablement pas aux substances aromatiques d'origine intestinale.

Lucien Rouquès.

G. Pellegrini. ***Action des substances thyroïdiennes sur les protéines et la pression colloïdo-osmotique du sang et sur la diurèse dans les cirrhoses du foie avec ascite*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XIII, n° 4, Février 1934). — Chez les sujets normaux, l'ingestion d'extraits thyroïdiens correspondant à 2 à 4 gr. de glande fraîche ou l'injection d'un milligramme de thyroxine pendant plusieurs jours provoquent l'augmentation de la protéinémie et l'élévation du rapport sérine-globuline; dans les cirrhoses du foie, cette action n'existe que dans les cas peu graves et manque chez les malades très atteints; il n'est pas impossible que les modifications des protéines sous l'influence de substances thyroïdiennes dépendent d'une action de ces substances sur le foie, ce qui expliquerait le rôle de la gravité de l'atteinte hépatique. Les substances thyroïdiennes ont également une action favorisante sur la diurèse dans les cas les moins graves et cette action peut fournir des renseignements sur la valeur fonctionnelle du foie. Le traitement thyroïdien peut donner des résultats dans les formes peu graves de cirrhose hépatique en favorisant l'élimination de l'ascite et en corrigeant l'hyperprotéinémie des malades.

Lucien Rouquès.

G. Monasterio. ***Recherches expérimentales sur l'insulino-résistance*** (*Archivio di patologia e clinica medica*, t. XIII, n° 5, Mars 1934). — L'insulino-résistance est un état de sensibilité diminuée à l'insuline qui n'abaisse plus la glycémie ou ne fait plus disparaître la glycosurie qu'avec des doses supérieures à la normale; elle est également caractérisée dans le diabète sucré par la diminution du coefficient d'utilisation des hydrates de carbone (1 à 1,5 gr. de glucose par unité d'insuline). L'insulino-résistance est plus ou moins accentuée; elle peut exister en dehors du diabète pancréatique, dans le diabète hépatique, le diabète rénal (glycosurie gravidique et glycosurie essentielle) et les infections.

A l'exception de l'adrénaline, aucune substance n'est capable de provoquer expérimentalement l'insulino-résistance: les hormones thyroïdiennes, anté- ou post-hypophysaires, cortico-surrénales n'ont pas d'action; les ferments protéolytiques (trypsine et pepsine) inactivent l'insuline *in vitro* mais non *in vivo;* l'acétone ne modifie pas la sensibilité à l'insuline, non plus que les infections à staphylocoques ou à streptocoques. La cause de l'insulino-résistance doit résider dans les tissus et surtout dans le foie et dans les muscles, là où s'accomplissent les processus intermédiaires du métabolisme des hydrates de carbone et où l'insuline exerce normalement son action: pour des motifs encore inconnus, les cellules de ces organes deviennent moins sensibles à l'action glycopexique de l'insuline.

Lucien Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

E. Polichetti. ***La narcose avec l'Evipan sodique intraveineux*** (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, t. LV, n° 19, 13 Mai 1934). — Après avoir vérifié la faible toxicité de l'Evipan pour les animaux de laboratoire et en particulier la marge considérable qui existe chez le chat entre la dose de narcose et la dose mortelle, P. a utilisé ce produit chez l'homme. Il injecte dans la veine avec la plus grande lenteur une dose de 9 à 16 milligr. par kilogr. d'Evipan en solution à 10 pour 100, se basant pour fixer cette dose sur l'âge, le sexe, l'état général et la résistance du malade; la dose est réduite si l'injection de deux tiers de eme de la solution suffit à provoquer la chute de la mâchoire; la narcose dure 15 à 25 minutes; lorsqu'on ne cherche pas une narcose plus longue, il est bon de faire une heure avant l'anesthésie une injection d'un mélange de un demi-milligramme d'atropine, un centigramme de morphine et trois centigrammes de spartéine; lorsque l'intervention doit durer plus de 20 minutes, on supprime l'injection précédente qui diminue la tolérance pour l'anesthésie complémentaire; celle-ci consiste soit dans des inhalations d'éther à partir de la 12e minute (la dose d'éther utile est réduite de 40 à 70 pour 100), soit vers la 16e-18e minute dans une nouvelle injection d'Evipan équivalant à la moitié de la première et donnant une narcose de 30 à 40 minutes.

L'Evipan est un excellent anesthésique, qui ne donne ni excitation post-opératoire, ni nausées ou vomissements; on pourrait alimenter le malade le même jour; la pression maxima baisse transitoirement de 15 à 35 mm., la minima de 5 à 15 mm. ou plus souvent reste fixe; le pouls est parfois un peu mou et irrégulier et une injection préventive d'éphédrine est à conseiller chez les hypotendus; l'azotémie, la glycémie, la réserve alcaline ne présentent pas de variations importantes. Sur une cinquantaine de cas, P. n'a eu avec la technique précédente ni décès dus à l'anesthésique, ni même d'ennuis: deux apnées transitoires ont été observées chez des malades qui avaient subi une injection préparante (Dilaudid) autre que celle indiquée plus haut. P. estime que l'Evipan n'est pas à employer chez les malades ayant de graves lésions hépatiques, bien que ce produit ne lèse pas le foie, et qu'il est contre-indiqué dans les occlusions, les cancers généralisés, les formes graves de péritonite, les maladies du système nerveux central et des échanges et surtout dans les anémies graves et les atteintes simultanées du foie et des reins.

Lucien Rouquès.

LA MEDICINA ITALIANA
(Milan)

A. Arrigoni. ***Le problème de la tonsillectomie dans ses rapports avec quelques affections de la médecine interne*** (*La Medicina italiana*, t. XV, n° 5, Mai 1934). — Dans les glomérulo-néphrites aiguës parcellaires, la tonsillectomie est presque toujours utile et peut donner une guérison définitive; elle est spécialement indiquée dans les cas où le processus rénal subit des exacerbations parallèles à celles d'une amygdalite chronique.

Dans les glomérulo-néphrites aiguës diffuses, la tonsillectomie peut être parfois utile, lorsqu'elle est faite à temps; dans les néphrites chroniques, elle ne rend pas de services: tout au plus, dans les cas heureux, peut-elle amener un arrêt temporaire de l'évolution.

Dans le rhumatisme polyarticulaire aigu et la chorée, la tonsillectomie semble utile dans la moitié des cas, surtout en évitant les récidives; elle n'a aucune influence sur les complications. La tonsillectomie donne des résultats dans quelques cas de pseudo-rhumatisme infectieux et de fièvre cryptogénétique.

Les effets de la tonsillectomie sont subordonnés à la manière dont les cas sont choisis et au moment où elle est pratiquée.

Lucien Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

A. Giannoni. ***Sur la symptomatologie douloureuse des péricardites*** (*Rivista di clinica medica*, t. XXXV, nos 9-10, 15-30 Mai 1934). — On a diversement apprécié la fréquence de la douleur dans les péricardites; G. a constaté son absence dans 9 cas (34 pour 100), se rapportant à des formes sèches, exsudatives et adhésives de causes variées. Souvent d'ailleurs, la symptomatologie douloureuse dépend de l'atteinte simultanée d'autres organes: douleurs de pleurite pariétale ou diaphragmatique, douleurs œsophagiennes ou aortiques, angine de poitrine. La véritable douleur péricardique peut siéger soit dans la région mammaire gauche, soit derrière le milieu du corps du sternum, peut-être d'après la localisation du processus péricardique. Le péricarde paraît peu apte à donner des douleurs, malgré la richesse de ses terminaisons sensitives, sans doute parce que ses fibres nerveuses par leurs connexions sont incapables de transmettre aux centres des incitations algiques. Les expériences qui ont pour but de démontrer la sensibilité péricardique n'ont donné que des résultats négatifs, mais, d'après G., elles n'auraient pas été pratiquées dans de bonnes conditions.

Lucien Rouquès.

G. Patrassi. ***Splénomégalie tuberculeuse avec cirrhose hépatique (syndrome de Banti par tuberculose du complexe spléno-hépatique)*** [*Rivista di Clinica medica*, t. XXXV, nos 9-10, 15-30 Mai 1934]. — Une petite tuberculeuse pulmonaire de 5 ans présente plusieurs mois avant sa mort par méningite une hépato-splénomégalie sans ascite mais avec circulation collatérale à la base du thorax. A l'autopsie, en dehors d'une dissémination miliaire récente aux poumons, aux méninges, au péritoine, au foie et à la rate, on trouve une tuberculose pulmonaire caséeuse, une tuberculose caséifiée de la rate et une cirrhose hypertrophique du foie plus plurilobulaire que

monolobulaire et interstitielle, manifestement indépendante de la dissémination miliaire.

L'existence d'une cirrhose tuberculeuse est indiscutable; parfois, suivant la conception de Rœssle, c'est la conséquence ultime d'une hépatite granulomateuse spécifique; parfois, c'est une hépatite morphologiquement aspécifique d'ordre tuberculotoxique, où la splénomégalie est le point de départ des toxines; dans un cinquième environ des cas publiés de splénomégalies tuberculeuses, on trouve signalée une hépatite aspécifique avec cirrhose surtout à gros nodules. La splénomégalie tuberculeuse avec cirrhose hépatique est donc une entité morbide bien individualisée dont la physiologie pathologique est celle que Banti a invoquée pour la maladie qui porte son nom.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA (Milan)

F. Guccione. *Contribution à l'étude pathogénique de la maladie de Kaposi* (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. V, n° 1, Janvier-Février 1934). — Ce travail est basé sur l'autopsie d'un homme de 56 ans mort de septicopyohémie dont le point de départ a été l'ulcération d'un nodule et sur une biopsie faite chez un homme de 63 ans. Les lésions cutanées de la pseudo-sarcomatose de Kaposi sont très polymorphes et cela indépendamment des variations qui tiennent à l'évolution; dans un premier type, des cellules allongées se réunissent en faisceaux compacts; dans un deuxième, les cellules groupées en syncytium délimitent des espaces plus ou moins circulaires remplis de globules rouges; dans un troisième, vasculo-cellulaire, on trouve des capillaires plus ou moins nombreux et entre eux des cellules arrondies, allongées ou parfois pourvues de prolongements lamellaires. Le processus inflammatoire, quand il existe, paraît nettement secondaire. L'évolution clinique et l'aspect histologique ne permettent pas de conclure à la nature sarcomateuse de l'affection. La présence d'un réticulum fibrillaire au niveau des zones vasculaires initiales ne plaide pas en faveur de l'origine endothéliovasculaire des cellules néoformées et il ne s'agit pas d'un hémangio-endothéliome dérivé de l'endothélium des vaisseaux sanguins; les cellules doivent être interprétées comme des histiocytes déplacés en fonction d'endothélium; l'affection n'est pas un néoplasme, mais une angio-réticulose, une hyperplasie dysplasique du système réticulo-histiocytaire et principalement de ses éléments cutanés; l'analogie qu'on a voulu établir entre la maladie de Kaposi et les tumeurs glomiques n'est pas justifiée. Des altérations à type de sclérose s'observent au niveau de la thyroïde, des surrénales et de l'hypophyse; elles sont à retenir relativement à une éventuelle dysfonction neuro-endocrine et à la conception générale des dysplasies.

Lucien Rouquès.

A. Giordano. *Néphrose nécrotique par la trypaflavine* (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. V, n° 1, Janvier-Février 1934). — Une femme de 52 ans a reçu en 12 jours pour un état méningé 6 injections intraveineuses de 5 centicubes de trypaflavine à 20 pour 100; aucun élément anormal n'avait été constaté dans l'urine à l'entrée à l'hôpital; la mort a suivi de peu la fin du traitement. L'autopsie a montré d'une part un ganglio-neurome thalamique gauche, d'autre part des lésions hépatiques (foie jaune ocre, graisseux) et rénales: macroscopiquement, les reins étaient un peu petits, d'un jaune ocre tirant sur le verdâtre, très mous, se décapsulant mal; microscopiquement, les lésions prédominaient au niveau de la partie sécrétante des tubes dont l'épithélium était nécrosé avec une métamorphose adipeuse diffuse; l'infiltration calcaire des éléments nécrosés était très réduite; beaucoup de glomérules étaient intacts; certains présentaient de très fines gouttelettes de graisses au niveau du peloton vasculaire; d'autres plus rares étaient réduits à une cavité kystique dilatée; dans le tissu interstitiel, on notait quelques hémorragies probablement terminales; une légère sclérose interstitielle à prédominance médullaire semblait antérieure à l'intoxication. Dans ce cas, comme dans les quelques cas connus, on ne trouvait pas d'indices de régénération épithéliale, peut-être en raison de la courte durée de la survie.

Il est certain que les accidents rénaux graves produits par la trypaflavine sont extrêmement rares; ils dépendent sans doute d'une prédisposition créée par une atteinte antérieure; l'observation de G. montre que le simple examen des urines n'offre pas une garantie suffisante et qu'avant tout traitement par la trypaflavine, une étude complète du fonctionnement rénal doit être effectuée.

Lucien Rouquès.

A. Bilello. *Sur la cysticercose cérébrale* (*Archivio italiano di anatomia e istologia patologica*, t. V, n° 1, Janvier-Février 1934). — B. rapporte deux cas de cysticercose cérébrale, découvertes d'autopsie; l'un chez un homme de 35 ans mort d'un empoisonnement alimentaire qui présentait deux vésicules vivantes et très jeunes dans l'écorce du lobe frontal droit et sur la surface du ventricule latéral gauche au niveau de la tête du noyau caudé; l'autre chez une femme de 21 ans morte de complications pulmonaires après avoir été opérée d'un abcès frontal gauche d'origine sinusienne, qui présentait plus d'un millier de vésicules, les unes vivantes, les autres mortes, la plupart cortico-piales ou dans la substance blanche du cerveau, quelques-unes dans le cervelet et une de la taille d'une noisette, libre dans le IVe ventricule; dans ce dernier cas, le début de la maladie remontait probablement à 12 années et la lenteur du développement des parasites explique la grande tolérance du cerveau.

D'une étude histologique illustrée par 43 photographies, B. conclut que les variétés structurales des cysticerques dépendent de l'âge, du siège, de la vie ou de la mort du parasite, de la profondeur et de la direction du plan de section et aussi de la situation du hile vésiculaire; le hile est le point principal où les échanges entre le parasite et les tissus environnants ont lieu et par suite le facteur essentiel et dirigeant de la production de l'adventice et de la réaction inflammatoire péri-adventitielle; celles-ci présentent leur maximum au voisinage du hile et à distance de celui-ci, l'adventice s'amincit et la réaction inflammatoire disparaît. Les altérations de voisinage du cerveau consistent en atrophie et destruction des cellules et fibres nerveuses et en prolifération glio-fibrillaire. B. n'a pas retrouvé les cellules endothéliales et les cellules géantes décrites par certains sur la surface vésiculaire de l'adventice; il a seulement noté un processus de dégénérescence hyaline et de nécrose au niveau des couches superficielles de l'adventice, avec formation d'une zone nécrotique et amorphe, parsemée dans la région hilaire de corps arrondis hyalins ou incolores et réfringents d'origine parasitaire.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO DI CHIRURGIA INFANTILE (Rome)

F. Rovida. *L'ostéopétrose* (*Archivio di chirurgia infantile*, t. I, n° 2, Mai 1934). — A propos d'un cas personnel chez un enfant de 8 ans, R. passe en revue la trentaine de cas connus d'ostéopétrose (ostéosclérose généralisée, os de marbre, maladie d'Albers-Schönberg). C'est une malformation osseuse, souvent familiale, qui touche un plus ou moins grand nombre d'os, où ceux-ci, tout en conservant leur forme normale, présentent une réduction ou une disparition de leur canal médullaire et de leur partie spongieuse par transformation en substance compacte; l'aspect radiographique est alors celui d'une opacité dense où il est difficile de distinguer la corticale, le canal central et la zone spongieuse; dans les cas moins accentués, la sclérose se présente dans tout l'os ou dans sa métaphyse sous forme de bandes transversales opaques séparées par des bandes d'aspect normal. Un certain nombre de complications d'ordre mécanique sont signalées: la cécité, la surdité, les fractures spontanées surtout chez l'adulte, les altérations sanguines, surtout chez l'enfant; l'existence de cette dernière complication explique la gravité plus grande de la maladie chez l'enfant que chez l'adulte; les altérations sanguines, conséquence de l'étouffement de la moelle osseuse, peuvent être congénitales ou n'apparaître qu'après les anomalies osseuses; il faut éliminer du cadre de la maladie les cas où l'éburnisation est un phénomène secondaire à un processus inflammatoire ou à une maladie du système hémopoïétique. La pathogénie de l'affection reste inconnue.

Lucien Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (Bologne)

M. Gavazzeni. *L'ulcère extra-bulbaire du duodénum* (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. II, n° 6, Mai 1934). — A propos de deux cas d'ulcère de la portion extra-bulbaire du duodénum, G. fait une étude d'ensemble de cette localisation rare; une statistique de Carman indique que 90 pour 100 des ulcères duodénaux siègent au niveau du bulbe, proportion admise par certains et jugée trop faible par d'autres; l'ulcère extra-bulbaire survient à tout âge, un peu plus souvent chez l'homme. La symptomatologie n'a rien de caractéristique: parfois, c'est le tableau d'un ulcère du bulbe, parfois c'est un tableau imprécis qui peut être celui de toutes les affections de la moitié droite de l'abdomen; le diagnostic clinique est pratiquement impossible et les diverticules et les anomalies congénitales du duodénum ne peuvent guère être distinguées de l'ulcère extra-bulbaire. L'examen radiologique ne montre pas d'anomalies gastriques constantes: estomac d'aspect normal ou ptosé, évacuation accélérée ou retardée; les signes duodénaux indirects sont très fréquents, mais ne donnent pas de certitude: dilatation en aval de l'ulcère, disparition transitoire ou permanente de l'image des valvules conniventes, modifications morphologiques en amont de l'ulcère (spasme, hypermobilité, contractions vives); parmi les signes directs, G. cite la niche presque constante même dans les cas au début, le rétrécissement du duodénum de part et d'autre de l'ulcère, la douleur à la pression au niveau de la niche, l'incisure en regard de la niche; lorsque tous ces signes existent, le diagnostic est certain, mais ils ne sont pas constants et doivent être exactement interprétés; un aspect de niche peut être donné par un diverticule ou par l'ampoule de Vater injectée par la baryte.

L'ulcère extra-bulbaire peut se cicatriser ou se perforer dans le péritoine libre ou enkysté, dans le pancréas; la sténose des canaux pancréatiques et la pancréatite scléro-atrophique, la sténose du cholédoque et l'ictère par rétention ont été signalés; la dégénérescence cancéreuse est exceptionnelle. L'intervention chirurgicale s'impose, même en l'absence de perforation; en général, on

peut se contenter d'une gastro-entérostomie, avec ou sans exclusion pylorique.

LUCIEN ROUQUÈS.

G. Pellegrini et **F. Facci-Tosatti.** ***Etude clinique et radiologique de quelques altérations duodénales produites par l'ankylostome duodénal*** (*Archivio italiano delle malattie dell'apparato digerente*, t. II, nº 6, Mai 1934). — P. et F. ont observé chez un sujet de 16 ans un tableau clinique et radiologique typique d'ulcère duodénal; l'examen des selles ayant révélé de nombreux œufs d'ankylostomes, un traitement anti-helminthique fut institué; il ne fit disparaître que les signes attribuables à l'helminthiase et les signes de l'ulcère ne s'atténuèrent qu'après un traitement par le régime, les antispasmodiques et le bismuth. Sur 25 cas d'ankylostomiase, P. et F. ont trouvé, en plus du précédent, 3 cas comparables où les signes cliniques et radiologiques d'ulcère duodénal n'ont disparu que 40 jours environ après que les malades furent débarrassés de leurs parasites et sous l'influence des traitements usuels de l'ulcère; dans 10 cas, la symptomatologie douloureuse rappelait celle de l'ulcère duodénal, mais les signes radiologiques n'étaient pas complets et, en particulier, il n'y avait pas de niche; dans 4 cas, il n'y avait pas de symptomatologie douloureuse et la radioscopie montrait un spasme duodénal comparable à celui de l'ulcère; dans 7 cas, il n'y avait pas de douleurs et l'estomac et le bulbe étaient atoniques.

On voit donc la fréquence de l'atteinte duodénale au cours de l'ankylostomiase; la lésion produite a une certaine analogie avec celle de l'ulcère, mais elle est multiple et s'accompagne d'une duodénite diffuse qui explique la lenteur de la guérison, après disparition des parasites; mais le pronostic paraît assez bénin, car la guérison semble définitive: P. et F. n'ont pas observé de rechute comme dans l'ulcère.

LUCIEN ROUQUÈS.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

Mme **F. Halacinska** et **A. Karczynski.** ***Les résultats du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'oléothorax*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XIII, nº 20, 13 Mai 1934). — Mme H. et K. soulignent les avantages de la méthode et préconisent son emploi. Leur expérience personnelle permet de faire les remarques suivantes:

L'oléothorax agit favorablement sur le pneumothorax surtout si celui-ci est incomplet et particulièrement lorsqu'il s'agit de cavernes qui ne se prêtent pas au traitement par pneumothorax.

Grâce à l'oléothorax, on peut prévenir souvent la formation des adhérences et rendre possible l'emploi ultérieur du pneumothorax.

Certaines déchirures du parenchyme pulmonaire, surtout lorsqu'elles donnent lieu à un très faible passage d'air, se prêtent bien au traitement par l'oléothorax. Dans certains cas même, c'est grâce à l'emploi de cette méthode qu'il est possible de faire le diagnostic de cette complication (goût amer dans la bouche, présence de goménol dans l'expectoration).

L'action bienfaisante de l'oléothorax se manifeste également dans les épanchements purulents, soit qu'ils viennent compliquer un pneumothorax, soit d'une autre origine.

L'oléothorax peut être employé avec avantage dans certaines affections non tuberculeuses telles que la dilatation des bronches, l'abcès et la gangrène pulmonaires.

La complication la plus grave de l'oléothorax est la perforation du poumon.

FRIBOURG-BLANC.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

Em. Fl. Sarateano. ***Le traitement de l'acné vulgaire par le vaccin microbacillaire*** (*Romania medicala*, t. XII, nº 10, 15 Mai 1934). — S. a obtenu des cultures pures et abondantes de microbacille de Unna-Sabouraud; l'emploi de ce vaccin est restreint à cause de la difficulté que l'on a de l'obtenir en cultures pures et abondantes. Il emploie le vaccin microbacillaire sous forme d'émulsion de corps microbiens, depuis 1926. C'est un stock-vaccin; les injections sont sous-cutanées. On commence par 1/2 cmc et l'on monte jusqu'à 2 cmc. On fait une série de 20 injections, une injection tous les deux jours; la résorption et la disparition des pustules commencent après la 10e ou la 12e piqûre. Parfois, une 2e et une 3e série sont nécessaires. La longueur du traitement est dans ces cas insignifiante quand on connaît la chronicité de l'acné et le vaccin est très bien supporté. A l'endroit de la piqûre, il se produit un érythème; plus il est vif, plus la guérison est certaine. Le vaccin ne guérit que les pustules; à leur place, il reste des cicatrices déprimées qui disparaissent par l'emploi d'une médication exfoliante. L'état séborrhéique se modifie, s'atténue jusqu'à la disparition, les comédons ne sont pas influencés. Les cas où la guérison dure depuis des années constituent une majorité. Quant à la localisation, l'acné faciale est la forme la plus vite influencée, ce qui a de l'importance au point de vue esthétique. Plus cette acné est profonde, plus l'action du vaccin est certaine. Les formes tubéreuses ou phlegmoneuses sont les plus indiquées. L'acné du dos et de la poitrine est plus difficilement influencée.

Dans l'acné vulgaire, S. a obtenu 60 pour 100-70 pour 100 après une série et 80 pour 100-90 pour 100 après 2-3 séries d'injections de vaccin microbacillaire.

S. a traité par cette méthode les malades qui avaient essayé en vain les méthodes les plus réputées (rayons U.-V., rayons Rœntgen, auto-hémo et vaccino-thérapie coccique).

HENRI KRAUTER.

P. Niculesco et **N. Banu.** ***La physiothérapie du rhumatisme*** (*Romania medicala*, t. XII, nos 13 et 14, 1er et 15 Juillet 1934). — L'action curative de la balnéothérapie et de la physiothérapie est de loin supérieure à l'action des médicaments dans les rhumatismes chroniques. Si la balnéothérapie aggrave souvent au début les douleurs, la physiothérapie n'a d'inconvénients que la durée longue du traitement. Les résultats curatifs les meilleurs s'observent avec la radio et radiumthérapie, mais d'excellents résultats s'obtiennent aussi avec l'utilisation de la chaleur sous toutes les formes (diathermie, bain de lumière, ondes courtes, paraffine), l'actinothérapie (rayons U.-V. et I.-R.), enfin la mécanothérapie et le massage.

La radiothérapie constitue un des moyens les plus actifs, pour combattre le rhumatisme chronique. Son action serait due à ses propriétés analgésiques, de résorption et de décongestion (Dausset). Elle est indiquée dans la *spondylose rhizomélique*, dans la *maladie de Bechterew*, les *arthrites blennorragiques*, les *talalgies blennorragiques*. Les *arthrites goutteuses* sont heureusement améliorées, de même que la *périarthrite scapulo-humérale*. Des essais de traitement par la radiothérapie dans les arthrites rhumatismales aiguës ont été faits par divers auteurs avec des résultats variables, souvent favorables.

La chaleur. Les douches chaudes entre 40°-45° sur les articulations et sur le foie ont donné de bons résultats dans les arthrites, d'abord celles de nature goutteuse. Les douches d'air chaud produisent une hyperémie moins persistante.

Les bains thermo-lumineux agissent par la chaleur et par les rayons ultra-violets ou infra-rouges. Leur action est d'une valeur certaine. Krebbs, Zimmer et d'autres ont utilisé la paraffinothérapie; les applications de paraffine chaude sur les articulations ont une action analgésique de valeur. La kerrafine de Joly est un mélange de cire, substances résineuses et sels radio-actifs.

La diathermie agit par son action analgésique contre la douleur; par son action antispasmodique, hyperhémiante, et antiinflammatoire, dans les affections articulaires. L'action antispasmodique agit contre les contractions musculaires péri-articulaires, l'hyperhémie combat par la résorption des produits inflammatoires et les dépôts goutteux. La diathermie est indiquée dans toutes les affections articulaires, dans les arthrites goutteuses, hydarthroses, arthrites rhumatismales, après la disparition des phénomènes inflammatoires. Dausset et Brace Gillot l'emploient dans les arthrites métaboliques avec insuffisance hépatique, en faisant des applications transhépatiques. Les ondes courtes offrent l'avantage de supprimer les électrodes, d'où leur emploi dans l'arthrite des extrémités articulaires. Auclair a obtenu de bons résultats dans les arthrites d'origine endocrine.

HENRI KRAUTER.

P. Niculesco et **N. D. Banu.** ***La physiothérapie du rhumatisme*** (*Romania medicala*, t. XII, nos 15-16, 1er et 15 Juillet 1934). — L'électrothérapie. *L'électro-ionisation* introduit divers médicaments dans la profondeur des articulations. On a utilisé l'ion salicylique dans les arthrites aiguës et l'ion iode dans les arthrites chroniques. La méthode est indiquée dans les arthrites avec rigidité, dans les arthrites sèches sans œdème; Dausset a obtenu de bons résultats dans les scapulalgies.

Les courants galvaniques sont indiqués dans les formes douloureuses, dans les arthrites blennorragiques, dès le début; *les courants faradiques* dans les atrophies musculaires périarticulaires. Les courants continus ont une action utile dans les formes qui s'accompagnent d'exsudats intra ou péri-articulaires.

La haute fréquence s'emploie en applications générales sous la forme d'auto-conduction ou aussi en applications locales, effluves ou étincelage. Elle stimule la nutrition des tissus. De bons résultats ont été obtenus dans les arthrites goutteuses et blennorragiques.

L'actinothérapie. Les rayons ultra-violets augmentent les phénomènes d'immunité; d'où leur emploi dans les localisations d'origine infectieuse et avant tout les localisations tuberculeuses, type Poncet. Leur action tonifiante et antianémique est indiquée dans les formes avec anémie et altération de l'état général. Les rayons ultra-violets ont en même temps une action analgésique.

Les rayons infra-rouges agissent par la chaleur et ont une action résolutive. Dausset et Lucy ont obtenu de bons résultats par l'association des rayons infra-rouges aux bains de lumière dans les arthrites gonococciques et goutteuses. Ces auteurs irradient aussi le foie.

L'émanothérapie utilise l'émanation de radium et de thorium. On utilise des sels radioactifs par la voie gastrique ou parentérale. L'appareil de Vaugeois utilise uniquement le gaz-émanation, qu'on peut introduire par les eaux minérales, par les bains, ou par injections. C'est l'émanothérapie artificielle qui a donné de bons résultats dans les rhumatismes uricémiques, endocriniens, blennorragiques. André Léri emploie le bromure de thorium (8-10 injections de 50-300 microgrammes) dans la spondylose rhizomélique, arthropathies psoriasiques, coxarthies.

Rathery et Monnery confirment l'action favorable des sels de radium dans les états de diathèse goutteuse, mais recommandent l'emploi prudent ne dépassant pas 150 microgrammes par jour.

Weissenbach et Françon indiquent les sels de radium dans le rhumatisme goutteux, les arthrites gonococciques et la sciatique. Teissier et Bonner ont obtenu de bons résultats dans toutes les formes de rhumatisme chronique et dans les manifestations larvaires de la diathèse goutteuse (névralgies, migraines) par l'émanothérapie artificielle.

Henri Krauter.

MISCAREA MEDICALA ROMANA

(Craiova)

T. Savagea et **C. Marinesco.** ***Le rein dans l'hypertension artérielle*** (*Miscarea medicala Romana*, t. VII, n° 3, 1934). — S. et M. ont étudié les rapports entre le rein et l'hypertension artérielle, chez 215 malades. Ils distinguent 3 groupes: 140 malades présentant des troubles rénaux d'importance moyenne: légère quantité d'albumine, retard de la diurèse provoquée, élimination polycyclique du bleu de méthylène. Il est intéressant de noter que dans ce groupe entre un nombre important d'hypertendus scléreux âgés, Pasteur-Valéry-Radot et P. Delafontaine ont insisté sur la fréquence de l'hypertension latente chez les sujets âgés, sans coexistence de lésions rénales.

38 malades ne présentaient aucun trouble rénal, et 37 malades présentaient des altérations importantes rénales.

Il résulte de l'étude de S. et M. que l'hypertension artérielle peut exister sans néphrite apparente ou décelable par les moyens d'investigation actuelle. Les conclusions des auteurs constituent un argument contre la théorie rénale de l'hypertension; ils se rallient à l'opinion du professeur Vapuef ; les lésions rénales sont une conséquence de l'hypertension.

Henri Krauter.

T. Savagea et **I. Predesco.** ***La viscosité du sang dans l'hypertension artérielle*** (*Miscarea medicala Romana*, t. VII, nos 4-5, Avril-Mai 1934). — S. et P. ont étudié la viscosité sanguine dans 25 cas d'hypertension artérielle (4 cas d'hypertension pure, 6 cas d'hypertension associée à l'aortite, 4 avec insuffisance aortique, 12 avec sclérose cardio-rénale). La viscosité sanguine a été mesurée avec l'appareil de Hess en utilisant la goutte sanguine sans citrater le sang. Dans 2 cas, la viscosité était sub-normale, dans 8 cas, au-dessus de la normale, dans 15 cas, normale.

Henri Krauter.

C. Stauca. ***Contributions nouvelles au traitement de l'aménorrhée et de ses complications*** (*Miscarea medicala Romana*, t. VII, nos 4-5, Avril-Mai 1934). — S. a injecté un extrait ovarien, *in situ*, après laparotomie, à une malade présentant une aménorrhée complète et des accès d'épilepsie, fréquents. Le douzième jour, la malade présente la première menstruation et les accès d'épilepsie disparaissent. Sept mois plus tard, la malade devient enceinte et accouche d'un enfant normal, à terme. La disparition des accès d'épilepsie s'expliquerait par l'épilepsie hormonale. S. trouve que son traitement est contre-indiqué dans les hypoplasies ou aplasies ovariennes ou utéro-ovariennes.

Henri Krauter.

V. Tempea et **M. Lazeanu.** ***L'otosclérose favorablement influencée par le traitement endocrinien*** (*Miscarea medicala Romana*, t. VII, nos 4-5, Avril-Mai 1934). — T. et L. exposent leurs conclusions, après l'étude de 21 cas d'otosclérose. Parmi ces 21 cas, 19 appartenaient au sexe féminin. Dans 13 cas, ils observèrent des troubles manifestes d'hypofonction ovarienne. En effet, chez la femme, la puberté comme la ménopause et les grossesses produisent de profonds changements dans la physiologie du système glandulaire endocrinien. T. et L. ont administré des produits endocriniens, lobe antérieur d'hypophyse, opothérapie ovarienne, en y associant le calcium et le phosphore.

Ils ont obtenu des résultats favorables: 30 p. 100 d'améliorations, 40 pour 100 d'arrêt de l'évolution. Ils se sont abstenus de tout traitement local.

Henri Krauter.

V. Walter. ***Le sang chez les castrés*** (*Miscarea medicala Romana*, t. VII, nos 4-5, Avril-Mai 1934). — C'est le facies pâle, anémique, bien caractéristique des castrés, qui a déterminé W. à étudier le sang chez ces sujets. Sur 66 cas, W. trouve dans 40 cas une anémie accentuée. Dans 3 cas, le sang était normal. Dans tous les autres cas, il constata un déficit d'hémoglobine et, dans plusieurs cas, une anémie hypochrome de type chlorotique aplastique.

W. observe chez les castrés la triade suivante: facies eunuchoïde, pâleur, anémie hypochrome. Le traitement par le fer et l'extrait orchitique améliore l'anémie. Le traitement par la méthode de Whiple n'a pu être essayé.

Henri Krauter.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

P. Schultzer. ***Les injections intramusculaires d'extrait hépatique dans le traitement initial et le traitement d'entretien de l'anémie pernicieuse*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXII, n° 5, 6 Juin 1934). — Les heureux résultats déjà obtenus avec l'administration parentérale d'extrait hépatique ont engagé S. à expérimenter ce mode de traitement chez 7 malades atteints d'anémie pernicieuse grave ou moyenne et non traités auparavant. S. laisse de côté 2 de ces cas qui avaient reçu un extrait qui se montra moins efficace que celui qui fut préparé ultérieurement au moyen d'une technique meilleure. Chez les 5 malades restants, il constata les meilleurs résultats avec une injection intramusculaire quotidienne de 4 cmc de cet extrait (Hepsol).

Une fois la rémission installée, 3 de ces malades ne reçurent plus qu'un traitement intermittent, 5 cmc d'Hepsol tous les quinze jours, ce qui n'empêcha pas la formule sanguine de s'améliorer continuellement, les hématies atteignant finalement 4.500.000 à 5.200.000; les malades furent suivis de 3 à 9 mois. Chez l'un des malades, après une injection bi-mensuelle, on se contenta d'une unique injection mensuelle, mais avec une dose double; il ne se produisit pas de rechute durant les 8 mois d'observation qui suivirent. Les 3 malades soumis au traitement intermittent éprouvèrent une telle amélioration qu'ils furent capables de reprendre leurs occupations; ils ne présentèrent pas de symptômes spinaux.

S. souligne l'intérêt de l'hépatothérapie parentérale : grande efficacité, rapidité des résultats, agrément pour le patient, réalisation facile du traitement d'entretien intermittent.

P.-L. Marie.

O. Nordenfelt. ***Recherches sur l'épreuve de Valsalva pratiquée à la manière de Bürger*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXXII, n° 5, 6 Juin 1934). — Bürger a utilisé l'épreuve de Valsalva pour apprécier la fonction circulatoire. Il fait souffler le sujet examiné dans un manomètre à mercure muni de signaux lumineux, ce qui permet de connaître la pression intrapulmonaire développée. La pression artérielle est mesurée avant, pendant et après (7 lectures). On constate qu'elle varie considérablement. Bürger a pu distinguer trois types de courbes. Selon lui chez les sujets à cœur normal, la pression s'abaisse légèrement au début de l'expulsion de l'air, puis se relève vite pendant l'expulsion jusqu'au niveau initial, enfin monte notablement; chez les sujets à cœur hypertrophié la pression s'élève dès que l'expulsion de l'air commence et monte beaucoup pendant l'expulsion; chez les sujets à cœur faible (cœur syncopotrope) la pression s'abaisse, et souvent de façon brutale, si bien qu'il peut survenir une syncope. Bürger pense que le cœur ne peut alors vaincre la surcharge qui lui est imposée et que le sang stagne dans la petite circulation et avant le cœur droit; le ventricule gauche, ne recevant plus de sang, se contracte à vide, d'où anémie cérébrale et syncope.

Chez 20 sujets normaux, N. a obtenu des résultats confirmant ceux de Bürger, mais, parmi 40 patients destinés à être opérés, il a noté parfois des chiffres qui ne pouvaient s'expliquer par une faillite du cœur droit, en particulier chez une basedowienne et chez un sujet qui présenta un shock post-opératoire.

Aussi N. a-t-il pratiqué pendant l'expulsion de l'air des mesures de la pression intraœsophagienne, intragastrique, intrarectale, intraveineuse et intrarachidienne. Elles ont montré qu'en ces différents endroits il se produit une ascension importante de la pression, à peu près parallèle à celle de la pression intrapulmonaire. Les exceptions que l'on note paraissent tenir au pouvoir de rétraction du poumon et au tonus du diaphragme.

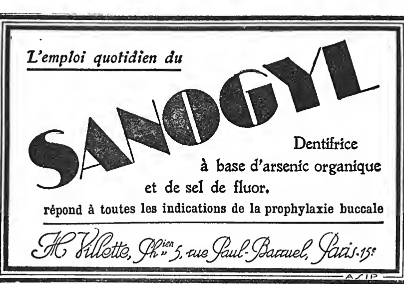
Se basant sur ces mesures, N. considère comme vraisemblable qu'il ne se produit pas pendant cette épreuve de gêne circulatoire d'ordre mécanique dans la petite circulation et que le cœur droit n'a donc pas à fournir un travail exagéré.

N. explique ainsi la baisse de pression observée pendant l'épreuve de Valsalva : la surpression intrathoracique et intraabdominale qui se produit provoque de la stase dans toutes les veines situées en dehors des cavités splanchniques, sans influencer en même temps le cœur ni la circulation pulmonaire ou viscérale. La stase veineuse met obstacle à l'apport sanguin au cœur; celui-ci se contracterait bientôt à vide si, chez les sujets normaux, les dépôts de sang des viscères ne fournissaient pas le cœur de sang, si bien que la pression artérielle se trouve maintenue et parfois même augmentée. Dans les cas où il se produit de l'hypotension, les dépôts de sang de l'abdomen ne pourraient pas remplir leur rôle, soit du fait d'une hypervagotonie (action dilatatrice de l'excitation du vague sur les vaisseaux viscéraux), soit du fait d'une atonie du système circulatoire.

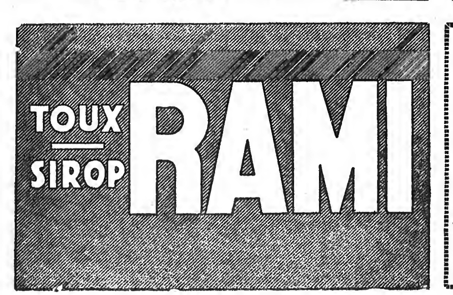
P.-L. Marie.



ANTIVIRUS
PRODUITS DE LA BIOTHÉRAPIE
BOUILLONS - VACCINS FILTRÉS
pour le traitement de toutes infections à
STAPHYLOCOQUES
STREPTOCOQUES
COLIBACILLES
Littérature et échantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, Rue Cambronne
PARIS-15°
Téléph : Vaugirard 11-33
LA BIOTHERAPIE
ANTIVIRUS



L'emploi quotidien du
SANOGYL
Dentifrice
à base d'arsenic organique
et de sel de fluor,
répond à toutes les indications de la prophylaxie buccale
H. Villette, Ph.ien, 5, rue Paul-Barruel, Paris-15e



TOUX
SIROP
RAMI